FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1926-1927

N° 5

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue le 8 Novembre 1926

PAR

Madame Claire RAMEZ - BUTRUILLE

Née le 2 Mai 1898, à Roubaix (Nord)

De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la grossesse et les suites de couches

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

JURY DE LA THÈSE

Président de la Thèse : M. COMBEMALE

Suffragants : MM. BUÉ, PAQUET

LILLE
IMPRIMERIE CENTRALE
12, rue Lepelletier, 12

1926

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1926-1927

N° 5

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue le 8 Novembre 1926

PAR

Madame Claire RAMEZ-BUTRUILLE

Née le 2 Mai 1898, à Roubaix (Nord)

De la fièvre typhoïde

dans ses rapports avec

la grossesse et les suites de couches

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

JURY DE LA THÈSE

Président de la Thèse : M. COMBEMALE

Suffragants : MM. BUÉ
PAQUET

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

LILLE
IMPRIMERIE CENTRALE
12, rue Lepelletier, 12

1926

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. P. CHARMEIL (✻ I. ✪). — Assesseur : M. GÉRARD E. (✻ I. ✪)

	MM.	
Clinique médicale	LEMOINE (✻, I. ✪),	professeur
	COMBEMALE (O. ✻, I. ✪ M)	id.
Clinique chirurgicale	GAUDIER (O. ✻, ✠, I. ✪,)	id.
	LAMBRET (O ✻. I. ✪),	id.
Clinique des mal. cutanées et syphilit.	CHARMEIL (✻, I. ✪).	id.
Clinique obstétricale	BUÉ (✻, I. ✪),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif	SURMONT (✻, I. ✪, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires	POTEL (✻. ✠, I ✪),	id.
Anatomie pathol. et Pathol. générale.	CURTIS (✻, I. ✪),	id.
Physiologie	DUBOIS (I. ✪),	id.
Anatomie.	DEBIERRE (✻. I. ✪),	id.
Histologie	LAGUESSE (✻, I. ✪),	id.
Chimie minérale et Toxicologie	VALLÉE (✻, I. ✪),	id.
Chimie organique	POLONOWSKI (✠, A. ✪).	id.
Physique médicale	DOUMER (✻, I. ✪),	id.
Matière médicale et Botanique.	FOCKEU (✻, I. ✪, ✠, ✠),	id.
Pharmacie et Pharmacologie	GÉRARD (Ernest) (✻. I. ✪),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique.	DESOIL (✻, I. ✪),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance	PAUCOT (A. ✪),	id.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	LE FORT (O, ✻, ✠, I. ✪, O. ✠),	id.
Clinique psychiâtrique.	RAVIART (✻, I. ✪),	id.
Clinique médicale infantile	CARRIÈRE (✻, I. ✪),	id.
Thérapeutique	MINET (I. ✪),	id.
Médecine opératoire.	VANVERTS (✻, I. ✪).	id.
Hygiène et Bactériologie	PIERRET (I. ✪),	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire

MM. BEDART (O. ✻, I. ✪. ✠) ; GÉRARD (Georges) (I. ✪ ✠) ; INGELRANS (I. ✪).

Cours complémentaires

	MM	
Clinique ophtalmologique	GÉRARD (G.), (I. ✪, ✠),	Chargé du Cours
Pathologie générale.	INGELRANS (I. ✪),	id.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	DEBEYRE (M.) (O. ✻, ✠, I. ✪),	id.
Crénothérapie et Climatothérapie	ED. DOUMER (✠)	id.
Médecine légale	LECLERCQ (✻, ✠ I. ✪),	id.
Chimie analytique	POLONOWSKI (✠ I. ✪,),	id.
Physique pharmaceutique	SONNEVILLE (A. ✪),	id.
Parasitologie	ED. DOUMER (✠)	id.
Deontologie.	BERTIN (✻. I. ✪),	id.

Doyens honoraires : MM. DE LAPERSONNE (✻, I. ✪), COMBEALE (O. ✻, I. ✪, M), Professrs honorres : MM. MONIEZ (O. ✻, I. ✪), CALMETTE (C. ✪), LESCŒUR (I. ✪, BAUDRY (✻, I. ✪. ✠), DUBAR (O. ✻, I. ✪).

Agrégés en exercice :

MM. DEBEYRE (O. ✻, ✠, I. ✪, ✠). LECLERCQ (✻, ✠, I. ✪), DESOIL (✻, I. ✪), DUHOT (A. ✪). GÉRARD M. (✠ I. ✪), MORVILLEZ (A. ✪), COMBEMALE P., DOUMER (✠), P. DELANNOY, PAQUET (✠ A ✪), OLIVIER (✻, ✠, A. ✪),

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JEAN

Mort au Service de la Patrie

A MON PÈRE LE DOCTEUR H. BUTRUILLE

A MA MÈRE

En humble hommage d'amour filial et de reconnaissance.

J'essaierai d'imiter leurs exemples d'intelligente bonté et de simple énergie.

A MON MARI

En témoignage de mon profond amour.

A MES BEAUX-PARENTS

En témoignage d'affection.

A MES FRÈRES ET BEAUX-FRÈRES

AU DOCTEUR P. BUTRUILLE

AU DOCTEUR G. HUART

A MES SŒURS ET BELLES-SŒURS

A MES NEVEUX ET NIÈCES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COMBEMALE

Professeur de Clinique médicale

Officier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Professeur BUÉ

Professeur de Clinique obstétricale

Chevalier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Professeur agrégé PAQUET

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

—«»—

Il nous fut donné d'assister à la fin de 1925 à une petite épidémie de fièvre typhoïde qui éclata dans une maison maternelle parmi des femmes enceintes ou ayant accouché récemment. Ces femmes furent hospitalisées dans le service de M. le Professeur COMBEMALE qui, jugeant intéressante cette série d'observations, nous a fait l'honneur de nous inspirer cette thèse. Nous le remercions respectueusement de la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et de l'accueil qu'il nous a si obligeamment réservé dans son service.

Nous adressons également nos meilleurs remerciements à M. le Professeur BUÉ qui a daigné s'intéresser à notre travail, nous permettre de compléter nos observations dans son service de clinique obstétricale, nous guider dans nos recherches et accepter de devenir notre juge.

Nous prions M. le Professeur agrégé PAQUET, qui a bien voulu reporter sur nous un peu de l'amitié qu'il a pour notre frère, d'agréer ici l'expression de toute notre gratitude pour l'amabilité avec laquelle il a accepté de faire partie du jury de notre thèse.

Nous sommes très reconnaissante à M. le docteur GERNEZ, médecin des hôpitaux, de la bonne grâce avec laquelle il nous a apporté son concours dans la mise au point de ce travail, ainsi qu'à M. PATOIR, interne des hô-

pitaux et à Mademoiselle DUMONT, externe, que nous remercions de leur précieuse collaboration.

Tout l'intérêt de notre thèse réside dans ce fait que les douze femmes qui furent infectées le furent dans les mêmes circonstances, par la même eau, que ces femmes vivaient dans les mêmes conditions de travail et de nourriture, que nous avions donc en somme un même germe, un même terrain.

Nous avons divisé notre travail en six parties principales.

Après avoir fait un *Historique* aussi complet que possible, nous envisagerons successivement dans *l'Etude clinique* :

la fréquence de la fièvre typhoïde pendant la grossesse,
l'influence de la grossesse sur la fièvre typhoïde,
l'influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse,
les causes de l'interruption de la grossesse,
l'influence réciproque de la fièvre typhoïde et de l'accouchement,
l'influence réciproque de la fièvre typhoïde et des suites de couches.

Nous consacrerons les chapitres suivants :
au *Diagnostic*,
aux *Réactions humorales chez le fœtus et le nouveau-né*,
au *Pronostic*,
et au *Traitement*.

Nos conclusions seront suivies du résumé des douze observations que nous apportons.

——«»——

HISTORIQUE

La question des rapports de la fièvre typhoïde et de la grossesse a préoccupé un grand nombre d'auteurs. Nous n'avons pas la prétention de refaire ici l'historique complet de cette question.

Une excellente thèse, celle de DUHAUT, résume les travaux antérieurs à 1893.

Ceux-ci s'occupaient surtout de statistique. GÜSSEROW, ROKITANSKY, LIEBERMEISTER, ZUELZER, GOLDTAMMER, MARTINET présentent des statistiques qui sembleraient bien prouver à première vue le peu de fréquence de la fièvre typhoïde chez les femmes enceintes. Il en est de même d'un travail de MOLLIÈRE. Et DUHAUT déclare que si « la grossesse ne confère pas à la femme enceinte l'immunité vis-à-vis de la fièvre typhoïde, cependant l'infection typhique est chez elle extrêmement rare sans qu'on puisse donner de ce fait une explication plausible ».

S'appuyant ensuite sur les statistiques de BRIEGER et de BARATTE, il écrit que « la maladie paraît se rencontrer plus fréquemment dans les premiers mois de la grossesse ».

Si la fièvre typhoïde est moins fréquente chez les femmes enceintes, par contre, pour GARDIEN, GRIESINGER, LIEBERMEISTER, STOLZ, William CUMMINS, l'état de grossesse entraînerait au cours de la fièvre typhoïde des acci-

dents et des complications qui aggraveraient fortement le pronostic.

Pour Montgomery, la gestation pourrait retarder le développement de la maladie.

Pour Duhaut comme pour Carret, Charpentier et Martinet, la grossesse n'a aucune influence sur le cours de la fièvre typhoïde.

Cependant, d'accord en cela avec tous les auteurs cités plus haut et aussi avec Bourgeois, Duhaut conclut que dans plus de la moitié des cas, le cours de la grossesse est interrompu. Il ajoute : « L'avortement est plus fréquent que l'accouchement prématuré. L'interruption de la grossesse a lieu le plus ordinairement dans le cours du deuxième septénaire de la maladie ».

Recherchant les causes de l'expulsion prématurée du fœtus, il cite l'opinion de Chambon de Monteaux, de Devilliers et de Bourgeois qui avaient incriminé la diarrhée, celle de Grisolle, infirmée par Martinet, qui accusait les accès de toux fréquemment répétés dans les complications pulmonaires. Goldtammer et Zuelzer, Güsserow mettent en cause la congestion utérine et l'endométrite hémorragique. Analysant ensuite les travaux de Kaminsky, de Vincent, les expériences contradictoires de Max Runge et de Doléris et Doré, la thèse de Savidan, Duhaut admet que l'hyperthermie peut amener l'interruption de la grossesse, soit en tuant l'enfant, soit en provoquant des contractions utérines. Mais il donne plus d'importance à l'infection du fœtus, laquelle serait sous la dépendance du passage du bacille d'Eberth à travers le placenta. A l'appui de cette opinion, il cite tout d'abord des autopsies de fœtus nés de mères typhiques où l'on aurait retrouvé des altérations caractéristiques des follicules clos de l'intestin (Manzoni, Charcellay, Weiss) ; il rappelle ensuite les travaux de Reher, Chantemesse et Widal, Neuhaus, Eberth, qui ont retrouvé le bacille typhique dans le sang placentaire et les organes du fœtus qui cependant paraissaient sains.

Enfin, pour DUHAUT « l'avortement ou l'accouchement prématuré pendant la fièvre typhoïde peuvent aggraver le pronostic en facilitant le développement d'une infection puerpérale ». Il est à ce sujet d'accord avec GÜSSEROW et GRIESINGER, mais pense que la maladie perd de sa gravité du fait de l'expulsion fœtale, tandis que pour BRIEGER et SACQUIN cette influence est nulle.

« Le traitement par les bains froids doit être institué dans les cas de fièvre typhoïde compliquée de grossesse. Ils rendent très probables la guérison de la mère et la vie du fœtus ». Telle est la conclusion de DUHAUT qui se montre très partisan de ce mode de traitement.

Dans son Traité des Maladies de la Grossesse, VINAY (1894) arrive, à peu de chose près, aux mêmes conclusions que DUHAUT, en ce qui concerne l'influence de la grossesse sur la fièvre typhoïde et l'influence de celle-ci sur la gestation. Pour VINAY, la persistance ou l'interruption de la grossesse ne dépendent nullement de l'époque à laquelle éclate la maladie; mais la condition qui détermine l'avortement c'est la gravité de l'infection (1). Et « le danger véritable de l'interruption de la grossesse, c'est la facilité avec laquelle surviennent les complications septicémiques ». « Le streptocoque vit et prolifère volontiers sur un terrain déjà infecté, c'est un compagnon facile pour tous les germes pathogènes. »

« La cause réelle de l'interruption de la grossesse, déclare VINAY, est l'intoxication qui résulte de la fièvre. Les produits sécrétés par les agents pathogènes agissent à la fois sur le fœtus dont ils déterminent la mort, et sur

(1) L'auteur remarque cependant : « On rencontre parfois des exceptions singulières. Ainsi une malade de KÖRBER, arrivée au quatrième mois, fut atteinte d'une fièvre typhoïde grave et traitée par les bains froids ; dans le décours de la maladie elle eut une bronchite intense ; vers le 34e jour . . . périty phlite, au 41e jour, thrombose de la saphène ; au 42e jour ... ictère catarrhal avec diarrhée violente ; au 56e jour ... pneumonie croupale, et la convalescence n'arriva qu'après une durée de 140 jours. Cette femme accoucha à terme.»

l'utérus dont ils provoquent les contractions ». L'auteur ne reconnaît pas aux bains froids une valeur thérapeutique aussi grande que celle que leur reconnaît DUHAUT : « Si le bain froid modifie avantageusement la maladie maternelle, il n'a guère d'influence appréciable sur la persistance de la grossesse ».

Enfin, dans un chapitre particulier, parlant de la fièvre typhoïde des suites de couches, VINAY dit que, même indépendamment de la possibilité d'une infection puerpérale, le pronostic de la fièvre typhoïde chez les accouchées est particulièrement grave.

C'est à l'association fièvre typhoïde et fièvre puerpérale que Mme D. CHELLIER consacre sa thèse (1894). Pour cet auteur, le streptocoque, existant à l'état normal dans le vagin avec une virulence atténuée, trouve, chez la femme atteinte de fièvre typhoïde qui a expulsé le produit de sa conception, un excellent terrain de culture ; et « la virulence exceptionnelle de l'association du streptocoque au bacille d'EBERTH confère un caractère de gravité extrême à l'infection mixte par la fièvre typhoïde et la fièvre puerpérale ».

Mme D. CHELLIER, au chapitre du traitement, conseille la « pratique d'une antisepsie vaginale rigoureuse », en même temps que la méthode de Brand.

BONNAIRE (1894) fait une revue générale de la question. Nous glanons dans ses conclusions ce qui nous a semblé le plus intéressant : « La fièvre puerpérale peut être confondue avec la fièvre typhoïde soit lorsqu'elle se déclare à la suite d'un avortement méconnu, soit lorsqu'elle apparaît après l'accouchement ». Et d'après l'auteur, c'est surtout l'examen de la courbe thermique qui permettra de poser le diagnostic.

Citons encore l'observation particulièrement précise de Mme DUCARRE-COGNARD : il s'agit d'une femme enceinte de 8 mois, atteinte de fièvre typhoïde, qui accouche prématurément ; les suites de couches se passent sans incidents ; l'enfant vit et ne présente rien d'anormal.

La question de l'avenir de l'enfant est étudiée particulièrement par Marfan (1894). Elle avait été traitée auparavant par Corbin (1890), par Hildebrandt (1889). Legry (1890), Th. Janisewsky (1893), Fraenkel et Kinderlin (1889), Ernst (1890). Marfan conclut de tous ces travaux, d'autres encore, et de ses observations personnelles que « le fœtus est le plus souvent tué *in utero* par l'infection typhique : lorsqu'il naît vivant, il ne tarde pas à succomber à une septicémie cachectisante sans caractères spéciaux ». Il ajoute : « Il semble cependant que les sujets issus d'une mère typhique qui parviennent à se développer soient débiles et puissent présenter plus tard certains troubles intellectuels.

Nous ne possédons aucun document sur la question de l'immunité des enfants nés de mères typhiques, ni sur la question de la transmission héréditaire de l'immunité typhique envisagée en général ».

Etienne (1896), à propos d'une observation personnelle, traite de la fièvre typhoïde du fœtus. Il a recherché et trouvé le bacille d'Eberth dans les organes et le sang de celui-ci. Ses conclusions sont analogues à celles de Marfan. Il insiste surtout sur ce point : le fœtus « succombe alors que la mère survit, parce que sa fièvre typhoïde est plus grave en raison de ce fait qu'elle n'est plus comme chez la mère une infection localisée dans l'intestin, intoxiquant de là l'organisme d'une façon plus ou moins active, mais ayant peu de tendance à se généraliser par voie sanguine, tandis que chez le fœtus c'est une infection généralisée, septicémique d'emblée ».

La thèse de Penot, en 1899, n'ajoute rien à la question des rapports de la fièvre typhoïde et de la grossesse.

Lepage (1899) rapporte huit observations de fièvre typhoïde chez les accouchées ; quatre de ces femmes, envoyées en même temps d'un refuge de femmes enceintes où avait éclaté une épidémie de fièvre typhoïde, furent malades presque au même moment, de telle sorte qu'on

pensa tout d'abord à une petite épidémie de fièvre puerpérale. Le séro-diagnostic remit les choses au point.

Puech (1900), dans une étude sur les rapports de la grossesse avec les maladies intercurrentes, pense que celles-ci subissent du fait de la gestation une aggravation. Et pour lui, l'interruption de la grossesse qu'on observe dans 65 % des cas, doit être rattachée à l'infection dont l'hyperthermie n'est qu'un effet. Quant au traitement de la fièvre typhoïde, il ne doit pas être modifié.

Il soulève la question de l'avortement provoqué qui, d'après Pinard (1899), doit être complètement proscrit.

Queirel (1902), dans une leçon clinique, commente des observations de fièvre typhoïde et de fièvre puerpérale où le diagnostic différentiel entre ces deux affections fut particulièrement difficile. Il dit: « Toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'accidents septiques qui n'avaient pas raison de se produire, en face de phénomènes fébriles qui viendront vous surprendre, faites faire le séro-diagnostic de Widal ». Il pense que, dans certains cas de fièvre typhoïde chez des accouchées, la courbe de la température est modifiée par la coexistence d'un certain degré d'infection utérine et que la constatation d'une fièvre typhoïde chez une accouchée ne doit pas la faire considérer comme indemme de toute infection puerpérale et comme non justiciable d'un traitement utérin.

Mme Kanter (1902), dans sa thèse, apporte deux cas de fièvre typhoïde et grossesse suivis de guérison sans interruption de la gestation.

La thèse de Trampont (1903), faite à Lille, dans le service du Professeur Gaulard, est particulièrement intéressante. Nous ne pouvons mieux faire que de citer les points un peu particuliers de ses conclusions: « La grossesse exerce, bien qu'assez rarement, une influence fâcheuse sur la fièvre typhoïde.... La mère atteinte de fièvre typhoïde peut nourrir son enfant, si l'affection a été légère et si la sécrétion lactée n'est pas trop insuffisante.

Le diagnostic devient surtout délicat lors des suites de

couches, quand il s'agit de distinguer la fièvre typhoïde de la fièvre puerpérale. Le séro-diagnostic et les cultures du sang jouent, ici surtout, un grand rôle pour reconnaître la maladie, chez la mère sinon chez l'enfant, et parfois même pour en apprécier l'intensité.

Le pronostic, déjà aggravé pour la mère, du fait des complications inhérentes à la fièvre typhoïde et à l'avortement lui-même, l'est surtout pour le fœtus que l'on voit mourir dans les deux tiers des cas environ, et pour l'enfant qui, dans les trois quarts des cas, succombe après la naissance par suite de faiblesse congénitale ou d'une complication plus ou moins lointaine due à la fièvre typhoïde ».

La fièvre typhoïde pendant les suites de couches fait encore le sujet d'une thèse en 1904. C'est celle de Gleize. Cet auteur présente trois accouchées atteintes de dothienentérie, qui guérissent toutes les trois. Il conclut de sa revue bibliographique et de ses observations personnelles que la symptomatologie et le pronostic de la fièvre typhoïde ne sont pas transformées, à moins qu'il n'existe en même temps « d'autres infections microbiennes (infection puerpérale, streptococciques, staphylococciques, colibacillaires, galactophoro-mastites, etc.)». Il insiste sur la difficulté du diagnostic qui « ne peut guère être affirmé que grâce à la séro-réaction de Widal ».

Chambrelent qui, en 1897, avait déjà écrit: « Si vous devez être réservés sur le pronostic fœtal dans le cas de fièvre typhoïde compliquant la grossesse, vous devez cependant ne pas être par trop pessimistes et vous rappeler que la grossesse peut parfaitement aller à terme, et l'enfant sortir sain et sauf de l'épreuve qui a précédé son entrée dans la vie », rapporte en 1903 une série heureuse de cinq observations d'enfants nés vivants ayant de deux ans et demi à douze ans, et sans tare d'aucune sorte. Il constate lui-même que ces faits sont en contradiction avec les opinions classiques.

Citons De Cotret (1910) qui fait une revue générale

de la question sans apporter dans ses conclusions rien de particulier.

Quant à Esclavissat (1911), il publie neuf observations inédites. Comme Chambrelent, il ne fait pas trop sombre l'avenir des enfants nés de mères typhiques. Il écrit : « Quand l'enfant naît vivant, il est généralement débile, mais nombreux sont les cas, surtout depuis l'application de la méthode de Brand, où l'enfant apparaît sans tare ».

Parmi les observations plus récemment publiées, citons celles de Smith (1914), de Ratliff (1917), de de Bruïne Ploos Van Amstel (1920), de Rosensohn (1922).

Tous ces travaux nous permettent d'avoir un aperçu général des rapports qui existent entre la fièvre typhoïde et la grossesse.

Pour la plupart des auteurs, la fièvre typhoïde n'est guère influencée dans son évolution.

La grossesse est très souvent interrompue.

L'avenir de l'enfant est généralement considéré comme assez sombre.

Le diagnostic entre la fièvre typhoïde et la fièvre puerpérale présente de nombreuses difficultés.

Nous basant sur les observations qui font l'objet de ce travail, nous essaierons d'apporter ici notre contribution personnelle à l'étude de ces questions.

——o——

ETUDE CLINIQUE

Fréquence

La fréquence de la fièvre typhoïde pendant la grossesse a fait l'objet de nombreuses discussions. On nous excusera donc d'insister sur ce point particulier, avant d'aborder l'étude de la symptomatologie.

Les femmes dont nous rapportons les observations se sont infectées en buvant l'eau d'un puits contaminé par le bacille d'Eberth. L'analyse de l'eau donna les résultats suivants :

Colibacilles, plus de 1.000 (eau mauvaise avec 200) ;
Nitrites, 0 gr. 007 (eau mauvaise avec traces) ;
Ammoniaque, 0 gr. 022 (eau mauvaise avec traces) ;
Chlorures, 0 gr. 102 (eau mauvaise avec 0,070).

Sur les douze femmes, sept étaient enceintes, cinq nouvellement accouchées ; toutes étaient, à la maison maternelle, dans des conditions de vie et d'alimentation identiques et relativement normales.

Aussi, ne croyons-nous pas comme Güsserow, Rokitansky, Liebermester, Zuelzer, Osler, Goldtammer, Martinet, Mollière et bien d'autres, à une immunité quelconque de la femme enceinte vis-à-vis de la fièvre typhoïde.

De même, si certains auteurs comme Güsserow, Brieger, Baratte et Duhaut, ont rencontré la fièvre typhoïde

plus souvent dans les premiers mois de la grossesse, ce n'était qu'une coïncidence; nous pourrions soutenir l'opinion inverse: toutes nos malades enceintes étant à une période avancée de leur gestation.

En réalité, nous pensons que la grossesse, quel que soit son âge, n'empêche en rien l'éclosion de la fièvre typhoïde, et nous ajouterons, d'accord avec tous les auteurs, qu'elle ne la favorise en rien non plus.

Influence de la grossesse sur la fièvre typhoïde

Période d'incubation

Nous avons cherché à savoir quelle avait été la durée de la période d'incubation chez nos malades. On sait combien il est difficile d'obtenir ce renseignement. Nous avons pu, en comparant dans les observations, les dates d'entrée, de départ et de retour à l'hôpital et à la maison maternelle, arriver à cette conclusion: l'incubation a été, en moyenne, de quinze jours environ, qu'il s'agisse de femmes enceintes ou de femmes déjà accouchées depuis quelque temps.

Une des malades, enceinte à terme (*obs. 3*), fait sa fièvre typhoïde presque un mois après les autres. Y aurait-il eu, comme dans le cas douteux de Montgomery, prolongation de la durée d'incubation ? Nous n'avons pu faire une enquête assez précise et nous n'osons rien assurer. D'autres cas beaucoup plus nombreux viennent infirmer cette opinion.

Si nous faisons un parallèle entre les observations *6* et *12* nous penserons plutôt que la grossesse n'influe en rien sur la durée de l'incubation. Ces deux observations nous montrent deux femmes, l'une accouchée depuis quinze jours, l'autre enceinte de six mois, retournant ou entrant à la maison maternelle en même temps, présentant toutes deux, en même temps, des sensations de malaise

et de fatigue qui persistent une quinzaine de jours; elles s'alitent le même jour et entrent ensemble à l'hôpital.

La grossesse ne semble pas avoir agi davantage sur la symptomatologie de la période d'incubation que sur la durée de celle-ci: malaise général, inappétence, fatigue musculaire, voilà tout ce que nous relevons et cela n'a rien que de très banal.

Période d'invasion

Les particularités de la période d'invasion de la fièvre typhoïde au cours de la grossesse n'ont guère retenu l'attention des auteurs. Duhaut parle incidemment d'épistaxis utérine en recherchant les causes de l'avortement chez la typhoïsante. Vinay fait remarquer qu'elle n'existe pas chez les femmes enceintes.

Dans nos observations, nous notons que tantôt la période d'invasion fait suite insensiblement à la période d'incubation (cinq fois sur douze), tantôt l'affection et la fièvre paraissent s'installer plus brusquement. Dans un cas (*obs. 3*), les premiers symptômes de la maladie apparaissent en même temps que se fait l'accouchement à terme, dans un autre (*obs. 2*), l'accouchement prématuré à huit mois se fait au début de l'invasion.

Les signes habituels à cette période se rencontrent partout d'une façon très classique. Comme symptômes un peu particuliers, nous remarquons une angine (*obs. 6*), un cas de surdité (*obs. 5*), plusieurs fois des douleurs lombo-abdominales (*obs. 4 et 7*), une épistaxis utérine (*obs. 10*).

Cette épistaxis se produisit chez une femme accouchée depuis deux mois et demi qui nourrissait et n'avait pas encore eu de retour de couches; elle perd du sang pendant une journée. Nous insistons sur ce symptôme à cause des erreurs de diagnostic qu'il peut entraîner. Dans certains cas, on pourrait croire à un avortement et pratiquer une intervention dont les suites pourraient être fâcheuses.

Nous appelons également l'attention sur le fait suivant : l'accouchement prématuré ou à terme pouvant se produire dans la période d'invasion et la malade présentant de la fièvre les jours suivants, le diagnostic sera à faire avec la fièvre puerpérale.

Période d'état

La symptomatologie de la période d'état de la fièvre typhoïde n'est-elle pas un peu transformée du fait de la gestation? Ne rencontre-t-on pas dans les fièvres typhoïdes au cours de la grossesse, des formes particulières ?

La plupart des auteurs : Vinay, Duhaut, Carret, Charpentier, Baratte, Martinet, Chambrelent, Trampont, Ribemont-Dessaignes, Hicks et French, Kelley, Gleize, De Cotret et Esclavissat répondent par la négative.

Dans les douze observations qui fournissent la matière de ce travail, le cycle thermique de la dothiénentérie fut normal et régulier, sauf trois fois : il y eut une rechute (*obs. 8*), et dans deux cas mortels, l'un chez une femme accouchée (*obs. 12*), l'autre chez une femme enceinte (*obs. 6*), la température reste élevée jusqu'à la mort ; l'apparition des taches rosées fut normale ; parmi les symptômes digestifs, nous avons noté la fréquence des vomissements et leur persistance dans les cas qui furent les plus sérieux ; avec les vomissements il y avait souvent de l'albuminurie ; dans un cas mortel, il y eut de l'incontinence d'urine incomplète, dans un autre des mictions difficiles.

En somme, à part les vomissements relativement fréquents, nous ne trouvons dans la symptomatologie rien de particulièrement frappant.

Complications

Il nous reste à compléter cette étude clinique par celle des complications.

Les plus fréquentes furent d'ordre respiratoire : des

bronchites, une congestion des bases, une broncho-pneumonie, un cas de pleurite et un de laryngite.

Du côté de l'appareil digestif, une hémorragie intestinale légère.

Peu de complications cardio-vasculaires : des extrasystoles et un peu de myocardite.

Les organes des sens inscrivent à leur actif : deux cas de surdité, une conjonctivite bilatérale.

L'appareil génital nous fournit une complication relativement rare : un abcès de la grande lèvre droite à bacille d'Eberth pur (*obs. 5*), au seizième jour de la maladie.

Les complications urinaires sont particulièrement importantes : deux uropyonéphroses (*obs. 6 et 12*) qui furent vérifiées à l'autopsie, et deux pyélonéphrites (*obs. 5 et 8*), la seconde pendant une rechute.

La durée de la période d'état chez les femmes qui guérirent de leur fièvre typhoïde fut tout à fait normale. La période de déclin s'annonça d'une façon classique par la chute thermique en lysis, avec atténuation progressive de tous les symptômes.

La convalescence fut peut-être quelquefois un peu longue, mais elle ne fut marquée par aucune nouvelle complication due à la fièvre typhoïde.

Que penser de tout cela ? Certes, avec les auteurs cités plus haut, nous croyons que la symptomatologie de la fièvre typhoïde n'est guère ou même n'est pas du tout transformée par la gestation. Mais en est-il de même des complications ?

Gardien, Griesinger, Liebermeister, Stolz, William Cummins ont écrit que l'état de grossesse entraînait au cours de la fièvre typhoïde des accidents et des complications qui aggravaient fortement le pronostic.

Trampont, plus précis, fait remarquer que chez la femme enceinte, le cœur, le rein, le foie ont déjà un

surcroît de travail : si la fièvre typhoïde survient, ces organes failliront plus facilement à leur tâche.

Nous avons dans nos observations un abcès de la grande lèvre à bacilles d'Eberth : on peut admettre que la plus grande abondance des sécrétions vaginales et vulvaires au moment de la grossesse a pu favoriser la formation de cet abcès. Par contre, nous ne pouvons rendre la gestation responsable des assez nombreuses complications respiratoires que nous avons rencontrées et invoquer avec Puech « la gêne respiratoire et circulatoire » ; car nous avons observé autant de ces complications chez nos accouchées que chez nos femmes enceintes.

Notre attention est retenue davantage par les complications rénales importantes que nous avons vu quatre fois sur douze malades et qui entraînèrent la mort de deux d'entr'elles.

Tout le monde connaît l'importance de l'hépato-néphrite de la grossesse. Elle est souvent bénigne, mais fréquente : les vomissements qui accompagnent souvent la gestation en sont le témoignage. On nous dira que certaines de nos malades (*obs. 8 et 12*) étaient accouchées depuis un mois environ. Mais l'hépato-néphrite de la grossesse ne disparaît pas en un jour, et d'autre part ne sait-on pas que la gestation favorise les ptoses et en particulier la ptose du rein droit avec coudure de l'uretère, ptose qui se produit après l'accouchement. La grossesse, en créant une déficience rénale passagère ou permanente, met donc la malade en état de moindre résistance : « Menacé ou déjà compromis, dit Puech, le rein sera plus facilement intéressé au cours des maladies infectieuses ; or vous savez combien la faillite de l'élimination rénale aggrave en ce cas le pronostic ».

Patch a trouvé dans 95 % des cas le bacille typhique dans le sang du deuxième au cinquième jour ; il disparaît du septième au dixième jour et se retrouve dans l'urine 20 à 40 fois sur 100. Il peut à tout moment déterminer des néphrites suppurées graves lorsque le rein n'est pas

absolument normal ; dans ce cas, l'auteur a noté la fréquence des rétrécissements multiples de l'uretère.

Nous pensons donc que la grossesse, si elle ne donne pas forcément à la fièvre typhoïde une allure spéciale, peut exercer quelque influence sur celle-ci en favorisant certaines complications. En particulier, les troubles fonctionnels passagers ou permanents, qu'elle a pu créer, rendent plus fréquentes et plus importantes des complications telles que la néphrite typhoïdique. La persistance de la fièvre, la ténacité des vomissements qui accompagnent l'albuminurie et l'oligurie doivent alors être considérées comme des signes fâcheux signalant cette complication.

Influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse

L'influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse est importante : elle n'est discutée par personne. Tout le monde reconnaît que la fièvre typhoïde provoque très fréquemment (dans les deux tiers des cas en moyenne) l'avortement ou l'accouchement prématuré. Il n'en est plus de même quand il s'agit de savoir si l'interruption de la grossesse est plus fréquente dans les trois premiers mois comme le pensent Duhaut, De Cotret, Trampont que dans les trois derniers, selon l'avis de Bonnaire et de Brouardel et Gilbert.

Quand à la période de l'affection où se fait plus spécialement l'avortement ou l'accouchement prématuré, c'est pour la majorité des auteurs, Cazeaux, Duhaut, Bonnaire, Kanter, Trampont, etc., dans les quinze premiers jours et principalement au deuxième septenaire. Martinet, pourtant, pense que l'expulsion est habituellement plus tardive et qu'elle s'effectue vers la fin du troisième septénaire, quelquefois même au cours de la convalescence.

Sur sept cas de fièvre typhoïde survenus chez des femmes en état de grossesse avancée, il n'y eut que trois accouchements à terme. L'un de ceux-ci se fait tout au début de la période d'invasion (*obs. 3*), un autre au cours du premier septenaire (*obs. 1*) : que le travail ait été déclanché par l'infection, nous ne pouvons qu'en formuler l'hypothèse; si celle-ci était admise, dans l'observation *3* l'accouchement aurait été, en quelque mesure, un symptôme de début de la fièvre typhoïde. Le troisième accouchement à terme (*obs. 7*) survient au début de la convalescence; dans ce cas, la malade allait très bien au moment de l'accouchement, et il nous semble pouvoir affirmer que celui-ci n'a pas été déterminé par la fièvre typhoïde.

Les quatre accouchements prématurés qui viennent compléter la série de nos observations se produisent, deux a huit mois et demi pendant la convalescence, un à huit mois et le dernier à sept mois.

Dans les deux premiers cas (*obs. 4 et 5*), si l'accouchement a été un peu avancé par la fièvre typhoïde, pouvons-nous affirmer que, chez ces deux femmes qui, en somme, avaient doublé le cap de leur maladie sans trop d'encombres, cet accouchement a été déterminé par l'infection ? Nous ne le croyons pas. Il en est tout autrement des observations *2* et *6*. Dans la première, il y a accouchement à huit mois au cours du premier septénaire; dans la seconde, à sept mois, chez une femme qui présentait une typhoïde prolongée avec une fièvre persistant depuis 28 jours et qui mourait de sa typhoïde 2 jours après l'accouchement: nous ne pouvons douter ici que la dothienentérie a provoqué l'accouchement prématuré.

Sur sept observations, nous avons donc deux accouchements prématurés indiscutables, deux accouchements « avancés » et trois accouchements à terme: trois accouchements se sont faits au début de l'infection, période d'invasion ou premier septénaire, trois pendant la convalescence, le septième en pleine période fébrile chez une femme en très mauvais état.

Pour nous résumer, nous dirons, dans ces cas particuliers de grossesse avancée, que la fièvre typhoïde détermine souvent l'accouchement prématuré : celui-ci peut survenir à toute époque de la dothiénentérie, même pendant la convalescence. Nous croyons que la gravité de l'infection a peu d'importance.

Pathogénie de l'interruption de la grossesse

Immédiatement se pose le problème suivant : pourquoi y a-t-il interruption de la grossesse? Cette question a été agitée par de nombreux auteurs et les opinions les plus diverses ont été émises.

Les théories de Chambon de Monteaux, de Devilliers, de Bourgeois et de Grisolle ne méritent pas de retenir notre attention bien longuement : l'interruption de la grossesse chez des typhoïsantes constipées ou en l'absence de toute complication pulmonaire, est suffisamment fréquente pour qu'on soit obligé de chercher une autre cause. Tout au plus, peut-on admettre que les troubles respiratoires soient une cause favorisante, surtout quand ils sont assez importants pour entraîner une asphyxie partielle : Brown-Séquard a bien démontré l'action excitante exercée sur le muscle utérin par l'acide carbonique.

Sacquin a donné une influence prépondérante aux perturbations nerveuses ; il écrit : « Dans les cas où le fœtus est expulsé vivant, nous croyons que les contractions utérines ont été mises en jeu primitivement soit par l'action directe sur les fibres musculaires lisses du sang altéré, soit indirectement par l'excitation de l'appareil nerveux utérin influencé, comme les autres appareils organiques, par l'atteinte que la fièvre typhoïde porte au système nerveux cérébro-spinal ».

L'opinion de Güsserow, Zuelzer, Goldtammer n'est guère reprise ni acceptée par les auteurs plus récents. Nous ne croyons pas non plus devoir l'admettre : nous

verrons plus loin que dans nos observations on ne note aucun cas de métrorragie.

L'influence nocive de l'hyperthermie sur la vie du fœtus fut une question bien plus discutée.

C'est l'élévation de la température qui tue le fœtus et par suite provoque l'accouchement, telle est l'opinion de Kaminsky, de Vincent, de Savidan. Max Runge fait sur des lapines une série d'expériences et pour lui l'hyperthermie aurait une double action : 1°) sur le fœtus dont elle provoquerait la mort; 2°) sur l'utérus dont elle déterminerait les contractions. Doléris et Doré arrivent dans leurs expériences à des conclusions opposées.

Duhaut admet l'action de l'hyperthermie, mais réserve une plus large place à l'infection. Bonnaire tout en accordant aux troubles de l'hématose (1) une certaine importance, se rallie à cette opinion qui est aussi celle de Mme Kanter. On est obligé de s'incliner, en effet, devant la série d'observations accompagnées d'autopsies rapportées par les auteurs depuis Manzoni (1841). Cet observateur, s'il ne connaissait pas le bacille d'Eberth, avait trouvé des altérations des follicules clos chez un prématuré mort vingt minutes après la naissance. Les observations et les travaux de Charcellay, Weiss, Reher, Chantemesse et Widal, Neuhaus, Eberth, Freund et Lévy, Janizewski, Giglio, Etienne, Chambrelent, Charrier et Appert, Kelley, Hicks et French sont trop démonstratives : le fœtus étant atteint par l'infection souffre et meurt. Il devient alors un corps étranger que l'utérus expulse. Vinay dit aussi : « Il est plus conforme aux notions actuelles d'attribuer les contractions du muscle utérin à l'action soit sur le muscle lui-même, soit sur son appareil nerveux, des toxines élaborées par les agents infectieux ». Ces phrases, vieilles de plus de trente ans, nous paraissent toujours justes. De tous ces travaux, nous

(1) Il dit: «Les troubles de l'hématose de la mère tiennent sous leur dépendance ceux du fœtus ; l'enfant meurt quand la mère asphyxie».

conclurons de la même façon que Trampont : pour nous l'infection et les toxines élaborées par les agents infectieux provoquent l'interruption de la grossesse soit en tuant le fœtus, soit en excitant le muscle utérin directement ou par l'intermédiaire du système nerveux. Les autres causes invoquées telles que troubles respiratoires et circulatoires peuvent aussi, à notre avis, avoir une action favorisante. Avec Chambrelent et Vinay, nous dirons enfin qu'il faut tenir compte de la susceptibilité propre à chaque utérus.

Influence réciproque de la fièvre typhoïde et de l'accouchement

Action de la fièvre typhoïde sur l'accouchement.

La symptomatologie de l'accouchement est-elle modifiée par la dothiénentérie ?

Güsserow, Vinay, Wallichs, Sacquin, Penot, Baratte, Corbin ont signalé l'existence d'un ou plusieurs frissons quand la femme est en imminence d'avortement.

« Plus fréquemment, dit Vinay, on rencontre pendant un jour ou deux des douleurs abdominales légères ; elles augmentent graduellement d'intensité et de fréquence ».

Dans les cas que nous rapportons, à part l'observation 5 où la femme présente des douleurs pendant deux jours, nous n'avons pas constaté l'existence de ces symptômes.

Pour Bonnaire « l'avortement revêt, suivant les cas, l'un des deux types habituels, hémorragique ou douloureux ». La fréquence des hémorragies est relevé par Zuelzer, Goldtammer, Güsserow, Liebermeister, Ribemont ; Sacquin a nié leur importance.

Nous ne pouvons pas dire avec Trampont que les

douleurs sont plus vives dans la fièvre typhoïde. Six fois sur sept, l'accouchement s'est passé d'une façon tout à fait régulière, sans pertes de sang plus abondantes qu'habituellement. Dans le septième cas (*obs. 6*), il se fait par surprise; il s'agissait d'une femme faisant une grave complication rénale et qui devait mourir deux jours après l'accouchement: ayant rejeté son enfant sous ses draps sans se plaindre, elle le garda ainsi entre les cuisses, pendant toute la nuit, indifférente, sans réclamer aucun soin.

De même que l'accouchement, la délivrance se fait tout à fait régulièrement.

Quand au placenta lui-même, son aspect est normal dans tous les cas: on n'a constaté aucune lésion macroscopique. Nous avons simplement remarqué que son poids chez les femmes qui accouchent tout au début de l'infection, est normal et en rapport avec l'âge de la grossesse, tandis qu'il est petit, atrophié, chez celles qui accouchent dans la convalescence.

En somme, sans vouloir généraliser et sans rien retirer de leur valeur aux conclusions des auteurs cités plus haut, nous devons dire que la symptomatologie de l'accouchement au cours de la fièvre typhoïde ne paraît guère transformée par celle-ci.

Action de l'accouchement sur la fièvre typhoïde

La croyance populaire accorde à l'expulsion du fœtus une heureuse influence et l'on cite cette mère, disant : « Ma fille est sauvée, l'enfant a emporté la maladie ».

Les auteurs ne sont pas tout à fait d'accord sur ce sujet. Les uns voient dans l'expulsion du fœtus une cause de défervescence et d'atténuation des symptômes. Ainsi pensent Cazeaux, Martinet, Duguyot et Stolz.

Baylac, cité par Esclavissat, croit que dans certains

cas l'action de l'avortement « peut être comparée à l'action heureuse d'une saignée, heureuse surtout quand le rein est insuffisant ».

Pour Vinay, dans une fièvre typhoïde de forme moyenne, l'évacuation de l'utérus peut être favorable; Siredey et Carret pensent que, par lui-même, l'avortement est sans gravité pour la mère; De Cotret dit que l'interruption de la grossesse ne modifie en rien la marche de la pyrexie. Duhaut, Trampont ne tranchent pas la question.

Nous avons recherché dans nos observations s'il ne se présentait pas parfois quelque symptôme en faveur de telle ou telle opinion. Nous avons remarqué que (par suite de la perte de sang peut-être) la température baissait un peu le jour de l'accouchement; mais elle remonte dès le lendemain. Dans l'observation *6*, l'accouchement prématuré au milieu des phénomènes d'adynamie, n'a pas amélioré l'état général au contraire; ceci semblent donner raison à Vinay qui pense que, dans les formes graves, l'accouchement a plutôt une influence défavorable.

Il n'est noté nulle part dans les observations que la femme ait présenté des symptômes particuliers dans les jours qui suivent l'accouchement. Nous devons donc conclure que la fièvre typhoïde n'est pas ou peu influencée par l'accouchement lui-même.

Influence réciproque de la fièvre typhoïde et des suites de couches

Les suites de couches peuvent-elles modifier la symptomatologie de la fièvre typhoïde? La fièvre typhoïde a-t-elle une action sur les suites de couches? Tels sont les deux problèmes que nous allons maintenant tenter de résoudre.

Influence des suites de couches sur la fièvre typhoïde

Nous avons presque répondu à la première question en étudiant les rapports de la dothiénentérie et de l'accouchement. Si celui-ci s'est passé régulièrement, si les suites de couches sont normales, il n'y a aucune raison pour que le cours de la maladie soit changé. Si l'infection puerpérale vient compliquer la fièvre typhoïde, c'est tout différent : il s'agit alors de l'association fièvre typhoïde et fièvre puerpérale dont nous parlerons plus loin. Si la fièvre typhoïde commence pendant les suites de couches, la symptomatologie ne présentera aucun caractère particulier, à moins que la femme n'ait conservé à la suite de sa grossesse un état de déficience, rénale ou autre, qui favorise certaines complications : c'est une question que nous avons déjà traitée.

Action de la fièvre typhoïde sur les suites de couches.

Ceci présente un intérêt bien plus considérable.

Pour la plus grande partie des auteurs, Güsserow, Griesinger, Breslau, Hecker, Chellier, Fraenkel, Duhaut, Gleize, Audebert cité par Esclavissat, la fièvre typhoïde aggrave les suites de couches en facilitant le développement d'une infection puerpérale. C'est l'opinion également de De Cotret, de Ribemont-Dessaignes, de Puech. Ce dernier pense que « si l'infection est plus souvent notée, la raison tient à ce que, au milieu des manifestations plus ou moins graves de la maladie intercurrente, les soins que comportent l'accouchement et ses suites ont plus de chances d'être négligés ».

D'après Trampont, certains accoucheurs ont été jus-

qu'à émettre cette opinion « de la création directe de la fièvre puerpérale par le bacille d'Eberth. »

Chellier admet la possibilité de l'association streptocoque-Eberth.

Pour Sacquin, il est absolument exceptionnel de voir la fièvre typhoïde compliquée d'infection puerpérale, et Esclavissat, de même que Gleize, considère cette complication comme relativement rare.

Sur les sept cas que nous avons pu étudier, cinq fois les suites de couches furent parfaitement normales; les deux autres malades présentèrent des signes d'infection puerpérale grave.

La première (*obs.* 5) accouche à huit mois et demi, en pleine période de convalescence. Elle présente immédiatement des signes d'une infection sévère avec réaction péritonéale. Par un prélèvement intracervical, on reconnaît la présence du streptocoque dans l'utérus. La température cède au bout de dix jours. Après une période d'apyrexie, la malade fait une phlébite du membre inférieur droit qui s'améliore assez rapidement. Six semaines après l'accouchement, nouvelle élévation de température avec grandes oscillations : l'examen révèle l'existence d'un phlegmon du ligament large. La malade est opérée et guérit.

La seconde observation d'infection puerpérale est moins mouvementée. Il s'agit d'une femme (*obs.* 7) qui fait une péritonite et qui meurt en présentant des signes de réaction méningée. La présence du streptococcus hémolysans dans l'utérus et les lésions constatées à l'autopsie, confirment le diagnostic d'infection puerpérale.

Nous remarquons que la malade qui réussit finalement à vaincre l'infection a accouché plus loin dans la convalescence : elle avait déjà eu le temps de se rétablir un peu, tandis que chez celle qui est morte, la fièvre n'était tombée que depuis dix jours lorsqu'elle accoucha.

La proportion élevée (deux sur sept) d'infection puer-

pérale que nous avons observée, les faits constatés par la majorité des auteurs, tout nous porte à croire que, si la fièvre typhoïde par elle-même, par le bacille d'Eberth, ne modifie guère l'évolution des suites de couches, l'état de débilité dans lequel se trouvent les femmes atteintes de dothiénentérie ou convalescentes, favorise le développement de l'infection puerpérale et rend celle-ci plus grave.

DIAGNOSTIC

La fièvre typhoïde n'ayant pas de symptomatologie spéciale au cours de la grossesse, les difficultés du diagnostic sont les mêmes qu'en dehors de la gestation.

La fièvre typhoïde pourra être décelée par les examens de laboratoire chez la femme en état de puerpéralité tout comme chez les autres éberthiens. L'hémoculture pratiquée le premier septénaire donne chez la typhique enceinte, près de 100 pour 100 de résultats positifs. Cette proportion diminue, évidemment, le deuxième et surtout le troisième septénaire. C'est à cette époque que la séroréaction, par contre, acquiert toute sa valeur. Son interprétation reste subordonnée, comme en dehors de la grossesse, au taux d'agglutination observé; cette agglutination doit toujours être supérieure à 1 pour 30 pour le bacille d'Eberth et le para A, à 1 pour 50 pour le bacille paratyphique B.

Les difficultés du diagnostic sont considérablement accrues au cours des suites de couches. Tous les auteurs : Vinay, Bonnaire, etc., sont de cet avis. Et Queirel, Lepage publient des observations très intéressantes où leur sagacité clinique fut mise à l'épreuve et quelquefois en défaut. Gleize dit que « les symptômes cardinaux de la fièvre typhoïde se retrouvent plus ou moins dénaturés et masqués par ceux de l'infection surajoutée ». Il insiste, et Vinay fait de même, sur la difficulté du diagnostic avec les formes atténuées de l'infection puerpérale.

Queirel et Trampont mettent bien en relief les particularités des fièvres éberthienne et puerpérale.

Rappelons, en les comparant, les principaux symptômes de ces deux infections :

au *début insidieux* de la fièvre typhoïde avec céphalée, lassitude, anorexie, avec peut-être quelques petits frissons, s'oppose le *début brusque* de l'infection puerpérale avec son frisson violent et unique ;

à la *courbe thermique* éberthienne avec ses trois périodes d'oscillations ascendantes, puis uniformes, puis descendantes s'oppose la courbe thermique de la septicémie puerpérale avec sa rapide ascension, son irrégularité, ses grandes oscillations ;

au *pouls* assez plein, moins en rapport avec l'élévation thermique (80 à 100, 110 pulsations) s'oppose un pouls petit et filant à 120, 140 ;

si l'on a dans la fièvre typhoïde des phénomènes abdominaux, diarrhée, météorisme, gargouillement, un ventre douloureux dans la fosse iliaque droite, de la splénomégalie, des sibilants, des taches rosées, on n'a pas comme dans l'infection puerpérale un *utérus gros et douloureux* et de la *fétidité des lochies* ;

enfin, dans la fièvre typhoïde, il y a par définition de la stupeur et assez souvent du délire, celui-ci est très rare dans l'infection puerpérale.

Mais bien souvent les choses sont moins nettes. Aussi les auteurs sont unanimes à reconnaître l'importance primordiale du séro-diagnostic, des cultures du sang et aussi de l'examen bactériologique des lochies. Trampont cependant, d'accord avec Pinard, « ne pense pas que ce dernier examen puisse rendre possible le diagnostic d'infection puerpérale ».

Envisageons les différentes circonstances dans lesquelles le médecin sera appelé à discuter ce diagnostic.

Trois conditions principales peuvent être réalisées :

1°) la femme accouche tout au début d'une fièvre typhoïde ignorée ;

2°) la femme accouche alors qu'elle présente de la fièvre depuis quelque temps déjà ;

3°) l'accouchement survient pendant la convalescence.

Dans le premier cas, le diagnostic sera particulièrement difficile (nous avons déjà soulevé cette question plus haut, page 22), parce que l'affection est à son début. Le séro-diagnostic ne peut ici nous être d'aucune utilité : il est trop tôt.

Comme on est en présence d'un avortement, et que la température monte dans les jours qui suivent, on aura plutôt tendance naturellement à incriminer l'infection puerpérale, alors que l'avortement ou l'accouchement a été en quelque sorte provoqué par la dothiénentérie qui s'installe. Sans être typique, l'observation *3* se rapproche de ce cas.

Dans cette éventualité, l'hémoculture au début, le séro-diagnostic plus tard, l'examen bactériologique des lochies viendront aider considérablement le clinicien.

Lorsque la femme est malade déjà avant l'interruption de la grossesse, la question est un peu simplifiée. On pense plus vite à la fièvre typhoïde, on fait faire un séro-diagnostic. Il est positif : c'est parfait. Mais il faut se méfier ici et ne pas expliquer tous les symptômes que présente la malade par le diagnostic ainsi posé. L'accouchée typhique peut très bien être atteinte de fièvre puerpérale et le dernier mot reste alors à la clinique aidée encore de l'examen bactériologique des lochies.

Si une femme accouche pendant la convalescence d'une typhoïde, que sa température s'élève, à quoi pouvons-nous penser? Deux de nos malades répondent à ces conditions. La première (*obs. 5*) ressent des douleurs pendant les deux jours qui précèdent l'accouchement et, dès ce moment, elle présente une température qui monte à 39°5 pour descendre le jour de l'accouchement à 35°7, repartir le soir même à 38°2 et le lendemain soir bondir

jusque 40°4. L'évolution ultérieure de la maladie (voir l'observation) nous a imposé le diagnostic d'infection puerpérale; mais, au moment même de l'accouchement et dans les jours suivants, on ne pouvait se prononcer. La séro-réaction ne pouvait rien nous apprendre. Seul l'examen bactériologique des lochies pouvait nous renseigner. Un prélèvement intra-cervical fut pratiqué: il révéla la présence du streptocoque.

La malade était-elle déjà infectée dès le début du travail? Nous n'en savons rien. On aurait pu peut-être penser à une rechute, malgré la rapidité avec laquelle la fièvre s'éleva. Il n'en était rien cependant.

La fièvre puerpérale était aussi en cause dans la seconde observation (*obs.* 7). La question du diagnostic se posa également, mais fut résolue plus facilement à cause des signes de localisation streptococcique. L'autopsie vint malheureusement confirmer le diagnostic clinique.

Dans l'éventualité que nous venons d'envisager, il peut donc y avoir matière à confusion entre une rechute de fièvre typhoïde et l'infection puerpérale. Nous l'avons dit, la séro-réaction de WIDAL ne pourra ici être employée avec avantage.

C'est l'examen clinique: la brutalité du début, le frisson, l'élévation brusque de la température, l'accélération marquée du pouls, les phénomènes inflammatoires qu'on observera du côté de l'appareil génital,

c'est l'examen bactériologique: l'hémoculture — pratiquée au moment d'une poussée thermique — permettant d'isoler le streptocoque, l'existence de celui-ci à l'état de pureté dans le muco-pus prélevé aseptiquement dans le col utérin,

c'est l'examen cytologique du sang: la leucocytose avec polynucléose franche,

qui nous permettront d'affirmer d'une façon absolue l'existence d'une septicémie puerpérale.

LES RÉACTIONS HUMORALES CHEZ LE FŒTUS ET LE NOUVEAU-NÉ

Les réactions biologiques du fœtus ou du nouveau-né, vis-à-vis de l'infection maternelle, sont très intéressantes.

Les observations de Chantemesse et Widal, de Reher, de Neuhaus, d'Ernst, de Legry, d'Eberth, d'Etienne, de Marfan, de Walter Gaethgens prouvent que, lorsque le fœtus meurt à la suite de l'avortement provoqué par la fièvre typhoïde de la mère, le bacille typhique est le plus souvent en cause: les isolements pratiqués à partir des organes du fœtus, dans toutes les observations précédentes, ont en effet permis de mettre en évidence la présence de ce germe pathologique dans les organes fœtaux.

Cependant le fait n'est pas constant. C'est ainsi que, dans deux cas rapportés par Etienne, de même que dans trois autres observations de de Blasi, les ensemencements des organes des fœtus morts au cours de la fièvre typhoïde de la mère, restèrent stériles, tandis que la culture du placenta donnait des résultats positifs.

Hicks et French, à propos d'un cas personnel, reprennent d'autres observations antérieures à la leur et en tirent les conclusions suivantes :

« Dans environ la moitié des cas, le bacille typhique est trouvé dans le sang fœtal, surtout quand la délivrance arrive loin du début de la fièvre typhoïde. On peut donc soulever, quand le fœtus est viable, la question de l'ac-

couchement prématuré provoqué pour sauver l'enfant de l'infection ».

Il est un fait certain, c'est que, lorsque l'accouchement prématuré a lieu à la fin de la grossesse et dans les premiers jours de la fièvre typhoïde de la mère, l'enfant peut naître parfaitement sain et vivre sans présenter des signes cliniques de dothiénentérie. Nous en apportons, dans nos observations, des exemples typiques (*obs. 2 et 3*). De même, CHARRIN, au cours d'une épidémie survenue chez douze femmes enceintes, rapporte que les nouveaux-nés, presque tous à terme et nés dans les premiers jours de la maladie maternelle, vécurent, sans présenter de signes d'infection typhique.

Il semble donc bien que, selon l'époque de la grossesse où survient la dothiénentérie, et selon la précocité de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, l'avenir de l'enfant soit plus ou moins gravement compromis. Le plus souvent, la mort de l'enfant relève de l'infection transplacentaire.

Une autre question mérite d'être étudiée à ce sujet : c'est le diagnostic de l'infection éberthienne chez l'enfant né d'une typhique ou nourri par elle.

Notre conviction absolue à ce sujet, est qu'un pareil diagnostic ne peut être basé, en aucune façon, sur l'existence d'une séro-réaction de WIDAL positive dans le sérum de l'enfant.

Dans les observations personnelles que nous rapportons, la séro-réaction de WIDAL fut, en effet, positive chez plusieurs nouveau-nés, alors que ceux-ci ne présentaient aucun signe clinique de fièvre typhoïde.

Ces particularités, qui ont fait l'objet d'ardentes controverses, s'expliquent parfaitement par le passage des anticorps maternels à travers le placenta.

Expérimentalement, WIDAL et SICARD, en 1896, établissent l'existence d'agglutinines dans le sang de petits nouveau-nés d'une lapine inoculée avec du B. d'EBERTH

tué. Les expériences de Remlinger, de Turewitsch, de Staubli indiquent que des cobayes immunisés durant leur grossesse transmettent, dans la majorité des cas, leurs agglutinines aux petits.

Staubli précise même que ces agglutinines apparaissent lorsque les injections de bacilles typhiques tués ont été pratiquées quatorze jours au moins avant la naissance, et que le taux des agglutinines fœtales se rapproche d'autant plus du taux des agglutinines maternelles que la première injection préparante et la mise bas ont été plus espacées. Pour Turewitsch, dans l'immunisation expérimentale, active ou passive, le taux des agglutinines de la mère et de l'enfant demeure toujours parallèle.

Ces expériences rendent compte de ce que l'on observe en clinique, et nos observations, tout à fait concordantes à ce sujet, établissent bien que, dans la majorité des cas, la recherche des agglutinines dans le sang du fœtus et du nouveau-né est positive lorsque l'accouchement prématuré ou l'avortement ont lieu vers la fin de l'évolution de la dothiénentérie.

Nous pourrions citer, à l'appui de nos observations, depuis les travaux d'Etienne, de nombreux exemples de transmission des agglutinines maternelles à l'enfant.

Pour certains auteurs, le taux des agglutinines fœtales est parfois supérieur à celui des agglutinines maternelles. Témoin une observation d'Etienne, dans laquelle le taux des agglutinines fœtales (1/200) était nettement supérieur au taux des agglutinines maternelles (1/50). Ces observations nous semblent exceptionnelles et le fait qu'elles datent d'une époque où les techniques d'agglutinations n'étaient pas encore parfaitement au point, doit rendre circonspect à leur égard.

Il semble démontré que le taux des agglutinines fœtales suit servilement celui des agglutinines maternelles. Cependant, la présence de ces agglutinines paraît plus facile à mettre en évidence chez le prématuré que chez le fœtus (Schumacher).

D'ailleurs, certaines observations, telles que celles de Schumacher, de Staübli, de Mossé, de Daunic, prouvent cette étroite corrélation. Les derniers auteurs rapportent, en effet, le cas d'un enfant né à terme d'une femme qui avait été atteinte de fièvre typhoïde au sixième mois de la grossesse : la propriété agglutinante du sérum de l'enfant, moins intense et moins instantanée que celui de la mère, était évidente et comparable.

Un dernier point reste à étudier. C'est la transmission possible des bacilles d'Ebertii et des agglutinines, à un enfant sain, par une nourrice atteinte de fièvre typhoïde.

En ce qui concerne la contagion par le lait d'une femme atteinte de dothiénentérie, nous n'en possédons pas d'observation indiscutable.

Au cours de nos recherches, nous n'avons pas pu mettre en évidence le B. d'Eberth dans le lait des femmes malades. D'autre part, des enfants ont été nourris au sein par nos malades, alors qu'elles étaient déjà à la fin de la période d'invasion : aucun de ces nourrissons n'a présenté de fièvre typhoïde. L'un d'eux (*obs. 3*), nourri pendant 13 jours par sa mère atteinte de fièvre typhoïde et dont la température était de 40°, est actuellement encore bien portant. Il ne nous est donc pas possible d'affirmer l'existence d'une contagion par le lait de la mère.

Par contre, le lait de la femme typhique, à la fin de la période d'état, contient le plus souvent des agglutinines spécifiques. Absorbées par le nourrisson, ces agglutinines peuvent passer dans la circulation.

Malgré les travaux de Widal et Sicard, de Griffon et Abrami, qui prouvent expérimentalement que les agglutinines peuvent se transmettre par le lait, les observations cliniques à ce sujet sont assez discordantes.

Landouzy et Griffon rapportent une première observation qui n'est pas très démonstrative, le taux limite de l'agglutination n'étant pas mentionné. Les observations de Castaigne, de Courmont, de Cade, de Nahrt, le sont davantage.

Mais, cependant, le passage des agglutinines du lait maternel chez l'enfant semble assez rare.

Castaigne a observé de nombreuses séro-réactions négatives chez des enfants nourris par des mères qui avaient eu antérieurement la fièvre typhoïde et dont le lait agglutinait cependant encore à 1/25.

En conclusion, l'enfant d'une femme enceinte atteinte de fièvre typhoïde peut présenter des réactions humorales différentes vis-à-vis de l'infection éberthienne.

Il peut naître sain, au début de la maladie. Son sang ne présente alors aucune modification, les agglutinines de la mère n'étant pas encore suffisamment développées pour être transmises d'une façon évidente à l'enfant.

Il peut naître à la fin de la période d'état. Dans ce cas, ou bien il est mort-né et les cultures prouvent qu'il a été infecté par le bacille d'Eberth; le plus souvent alors, son sérum agglutine d'une manière analogue au sérum de la mère, — ou bien il naît vivant, indemne d'infection: dans ce cas, son sérum agglutine fréquemment quand même le bacille d'Eberth parce que les agglutinines de la mère lui ont été transmises passivement à travers le filtre placentaire.

—o—

PRONOSTIC

Le pronostic découle naturellement de l'étude clinique et il nous suffira ici de réunir et de préciser les quelques conclusions que nous avons déjà formulées dans les divers paragraphes.

Pronostic concernant la mère.

Si CAZEAUX estime que « la fièvre typhoïde, loin de recevoir de l'état puerpéral une influence fâcheuse, serait moins grave que dans les circonstances ordinaires de la vie », si pour CARRET, CHARPENTIER, MARTINET, la grossesse n'a aucune action sur la dothiénentérie, il n'en est pas de même des autres auteurs comme DUHAUT, VINAY, CHELLIER, QUEIREL, TRAMPONT, qui considèrent que le pronostic dans l'association fièvre typhoïde et grossesse est considérablement aggravé. GARDIEN, GRIESINGER, LIEBERMEISTER, GÜSSEROW ont des statistiques assez sombres. Pour la plupart des auteurs, le facteur principal de l'aggravation du pronostic c'est l'infection puerpérale, sévère de par la fièvre typhoïde.

VINAY, TRAMPONT, reconnaissent une certaine importance aux complications inhérentes à la dothiénentérie dont le développement serait facilité par l'état puerpéral.

Sur douze malades, nous avons eu trois décès : deux parmi les sept femmes enceintes et un parmi les autres. Cette proportion est beaucoup plus élevée qu'habituellement, et nous sommes toute disposée à croire que le pronostic est assombri par la plus grande fréquence des complications dues à la fièvre typhoïde et par la gravité plus marquée des complications d'ordre puerpéral.

Pronostic concernant l'enfant.

Qu'advient-il du fœtus au cours de la fièvre typhoïde ?

Les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'interruption de la grossesse se fait dans les deux tiers des cas en moyenne, avec une plus grande proportion d'avortements que d'accouchements prématurés.

Il va sans dire que, quand l'expulsion du produit de conception a lieu loin du terme, les fœtus sont morts ou meurent immédiatement.

Dans les cas de grossesse avancée ou à terme, l'enfant peut naître mort ou viable (sur sept cas, nous avons un mort-né). Ceux qui sont venus au monde viables ne tardent pas à succomber, telle est l'opinion de Marfan, Vinay, Mossé, Hicks et French, De Cotret, Trampont. Morse écrit: « La mort de l'enfant arrive dans les jours qui suivent sans symptômes définis ».

Nos observations semblent confirmer les dires de ces auteurs: sur les six enfants nés viables, deux meurent le lendemain de la naissance (*obs. 5 et 7*), deux autres meurent à l'âge de 2 et 3 mois (*obs. 1 et 4*), les deux derniers survivent (*obs. 2 et 3*) ; deux sur sept, c'est peu !

De Cotret, dans sa revue générale, dit que les enfants qui survivent sont faibles et présentent souvent quelques tares. Pour Vinay, celles-ci se traduisent par des troubles nerveux tels que débilité intellectuelle, affaiblissement de la mémoire, surdité. L'observation de Corbin, si souvent citée, vient à l'appui de ces dires. Chambrelent publia une série d'observations beaucoup plus heureuse que la nôtre: dans les faits rapportés par lui, il s'agissait aussi de grossesses avancées: il attache à ce fait une grande importance et il conclut que si l'accouchement se fait dans le premier septénaire de la fièvre typhoïde, il n'existe pas de tare chez l'enfant. Nous partageons son avis: pour nous, comme nous l'avons fait remarquer au chapitre précédent, l'enfant a d'autant plus de chances de survivre qu'il naît plus au début de la maladie maternelle.

TRAITEMENT

Nous serons brefs au sujet du traitement qui a été étudié très en détail par beaucoup d'auteurs. La plupart d'entr'eux : Güsserow, Brieger, Vidart de Divonne, Legendre, Tripier et Bouveret, Savidan, Duhaut, Vincent, Mollière, Gleize, sont partisans de la méthode de Brand.

Pour Vinay, le bain froid qui modifie avantageusement la maladie maternelle n'a guère d'influence appréciable sur la persistance de la grossesse.

Une autre méthode de traitement a été préconisée depuis longtemps par Debove : elle a pour but l'élimination des toxines en activant la diurèse par l'ingestion de boissons abondantes. C'est celle que M. le Professeur Combemale emploie généralement en y joignant naturellement le traitement symptomatique des complications : enveloppements froids lorsque la température est particulièrement élevée, huile camphrée, adrénaline, etc. C'est ainsi que nos malades furent traitées. Les statistiques de M. le Professeur Combemale donnent habituellement une moyenne de mortalité de 10 % environ : elles sont presque identiques à celles qu'on obtient dans le traitement par les bains froids. Il n'a pas paru que rien devait être changé pour les femmes en état de gestation : si nous avons eu un décès par fièvre typhoïde sur sept femmes enceintes, nous en avons eu un sur cinq accouchées.

La proportion des accouchements prématurés n'a pas

été chez nous plus grande que lorsqu'on emploie systématiquement la balnéation. Nous ne croyons pas que dans la grossesse il soit plus particulièrement nécessaire d'appliquer la méthode de Brand.

Legendre a insisté sur ce fait que la quinine est contre-indiquée chez les femmes enceintes, à cause de l'action qu'elle exerce sur la contraction utérine.

Certains auteurs, Renaut entr'autres, ont signalé l'inconvénient de certains médicaments antithermiques comme l'antipyrine, qui seraient nocifs pour le rein.

Nous nous rallierons d'autant plus volontiers à cette opinion que nous avons insisté sur la fréquence des complications rénales chez la typhique enceinte, et nous dirons avec Trampont : « le traitement est surtout hygiénique et tonique, avec le moins de médicaments possibles ».

La question de l'avortement provoqué pendant la fièvre typhoïde est particulièrement délicate. Trampont rejette l'avortement, mais admet l'accouchement provoqué accéléré si l'enfant est viable et la mère en danger de mort. Il réprouve, avec Stein, l'opération césarienne que les Allemands conseillent dans ces conditions.

Hicks et French pensent que l'interruption de la grossesse semble être justifiée par l'intérêt de l'enfant quand le pronostic pour la mère ne doit pas apparemment être influencé par le travail.

Kelley, sans se prononcer lui-même, dit que « certains médecins sont partisans de l'avortement, la grossesse étant pour eux une complication de la fièvre typhoïde : la femme n'étant plus enceinte aurait plus de chances de guérison ».

Nous ne saurions accepter cette dernière hypothèse, qui d'ailleurs est loin d'être prouvée ; nous croyons que le plus souvent il vaut mieux s'abstenir : agir serait risquer, pour une amélioration très aléatoire, d'aggraver inutilement la situation.

CONCLUSIONS

1°) L'éclosion de la fièvre typhoïde n'est ni empêchée, ni favorisée par la grossesse. .

2°) La grossesse exerce sur la fièvre typhoïde une influence plutôt fâcheuse en facilitant le développement de certaines complications et en particulier des complications rénales.

3°) Réciproquement, la fièvre typhoïde agit défavorablement sur la grossesse dont elle interrompt fréquemment le cours. La grossesse avancée n'échappe pas à cette loi. L'accouchement prématuré survient dans plus de la moitié des cas d'après nos observations personnelles. Le degré de gravité de l'infection n'offre en l'espèce que peu d'importance.

4°) L'accouchement prématuré peut survenir à toute époque de la maladie et s'observe presque avec la même fréquence, dans la période d'invasion, dans la période d'état et dans la convalescence.

5°) Les causes de l'interruption de la grossesse semblent être la septicémie et la toxémie maternelles et fœtales.

6°) L'accouchement au cours de la fièvre typhoïde ne présente aucun caractère particulier.

7°) L'accouchement et les suites de couches normales n'ont aucune influence sur la fièvre typhoïde, mais celle-ci favorise le développement de l'infection puerpérale.

8°) Le diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et la fièvre puerpérale peut présenter de sérieuses difficultés; l'hémoculture, le séro-diagnostic, les prélèvements intra-cervicaux joints à un examen clinique approfondi, pourront cependant le plus souvent permettre de se prononcer.

On ne peut se baser sur l'existence de la séro-réaction chez le nouveau-né pour affirmer qu'il a la fièvre typhoïde. Ses agglutinines peuvent lui avoir été transmises par sa mère à travers le placenta.

9°) Le pronostic concernant la mère est assombri par la fréquence plus grande et la gravité plus marquée de l'infection puerpérale et des complications propres à la fièvre typhoïde.

10°) Quand l'enfant naît près du terme, il est le plus souvent vivant; une fois sur trois, environ, il meurt dans les jours qui suivent; s'il survit, il reste plus ou moins longtemps faible et débile; il a d'autant plus de chances d'être sain et normal qu'il naît plus au début de la maladie maternelle.

11°) Le traitement comportera surtout des prescriptions hygiéniques et diététiques; on évitera particulièrement les médications susceptibles de troubler le fonctionnement rénal, ou de favoriser les contractions utérines.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

D.... A...., 20 ans, enceinte de neuf mois, entre à l'hôpital le 2 décembre 1925. Toux et céphalée depuis la veille, température 37°6.

Le 3, 39°4.

Le 4, accouchement normal: enfant 2 kgs, état général assez bon, placenta 0,550.

Le 5, prélèvement d'urine aseptique: pas d'éléments microbiens ni cellulaires.

Le 7, 40°, hémoculture + E. Les signes physiques de la fièvre typhoïde sont apparus: langue saburrale au centre, rouge sur les bords, taches rosées, rate percutable sur un travers de doigt et demi, légère congestion de la base du poumon droit, un peu de bronchite. Pas d'anorexie, pas de vomissements, pas de troubles intestinaux, pas d'albumine, pas de stupeur.

Le 11, séro-diagnostic + + 1/200 Eb.; le 12, prélèvement de lait: pas de bacilles d'Eberth à la culture.

Après être restée huit jours en plateau, la courbe de température tombe en lysis régulièrement et redevient normale à partir du 13 janvier. La malade sort le 3 février guérie.

Enfant: Sexe masculin, assez bon état général. Poids: le 4 décembre, 2.000 grs; le 5, 1.960 grs; le 6, 1.900 grs.

Le 14, il est bien portant et augmente de poids. Le 19, idem.

Il sort de l'hôpital bien portant le 8 janvier 1926, pesant 2.530 grammes.

Il est mort quelques semaines plus tard.

OBSERVATION II

P.... A...., 22 ans, a eu un premier enfant en 1924, accouchement à terme d'une fillette bien portante.

Le 28 novembre 1925, courbature, céphalée, et depuis huit jours, constipation.

Le 1er décembre, entre d'urgence à la maternité où elle accouche prématurément (à huit mois), mais sans aucun incident particulier, d'un enfant de 2 kgs 100, dont l'état général paraît bon.

Sa constipation persistant, on lui administre le 3 un purgatif.

Le 5, la malade entre dans le service de médecine, la température est de 39°6, la céphalée a disparu, le facies est altéré, les yeux cernés, la langue saburrale au centre, rouge sur les bords, le pouls est à 102; les urines sont légèrement albumineuses; un peu de bronchite, un peu de stase pulmonaire à droite.

Le 6, hémoculture + Eb., la température est de 40°, elle reste élevée avec un pouls souvent dicrote aux environs de 100 jusqu'au 15; pendant ces neuf jours, apparaissent de la diarrhée, des taches rosées, du gargouillement dans la fosse iliaque droite; les lèvres sont fuligineuses, la langue rôtie, le tuphos existe mais n'est pas très marqué.

Le 11, séro-diagnostic + au 1/200 Eb.; le 12, prélèvement de lait: pas d'Eberth.

A partir du 16, la température commence à baisser légèrement; cet abaissement s'acentue vers le 20, en même temps que l'état général s'améliore pour devenir satisfaisant le 2 janvier.

La malade sort guérie le 19 janvier.

Enfant: sexe féminin; poids à la naissance, 2.100 grs le 1er décembre; le 2, 2.050 grs; le 3, 2.000 grs; le 4, 1.990 grs; le 5, 2.000 grs; le 6, 1.960 grs.

Le 21 décembre, il est en bonne santé, il a augmenté de poids.

Il sort bien portant le 20 janvier 1926.

Il était encore bien portant trois mois après sa naissance.

OBSERVATION III

D.... C...., 21 ans, accouche le 28 déc. 1925 normalement et à terme d'un garçon de 2 kgs 900 qu'elle nourrit jusqu'au 12 janvier. Le jour de son accouchement elle a 38° de fièvre et se plaint de céphalée. La température monte jusqu'à atteindre 41° le 1er janvier, elle reste quelques jours au-dessus de 40° et descend ensuite doucement en lysis.

Le 9, prélèvement de sang, séro-diagnostic + 1/200 Eb., + 1/50 A. + 1/100 B. ; tâches rosées.

Le 12 et les jours suivants : langue caractéristique, rate percutable sur trois travers de doigt, gargouillement dans la fosse iliaque droite, pouls bien frappé, parfois dicrote ; légère toux, quelques râles de bronchite ; urines claires, abondantes, non albumineuses.

Les suites de couches se passent régulièrement.

A partir du 15 janvier, la température redevient normale. La convalescence est seulement troublée par une petite angine érythémateuse qui fait monter la température pendant deux jours.

Guérison.

Enfant : sexe masculin, poids 2 kgs 900 à la naissance. Sort bien portant, pesant 3 kgs 190.

Etait encore bien portant trois après sa naissance.

OBSERVATION IV

H.... M...., 17 ans, enceinte de sept mois et demi, entre à l'hôpital le 2 décembre 1925. Depuis la veille, céphalée brusque et douleurs lombaires. A son entrée, la malade présente une température de 38°6, un pouls bien frappé, à 120, une toux légère ; ses urines sont abondantes, non albumineuses.

L'évolution de la maladie est particulièrement simple et la symptomatologie est très peu fournie.

La température monte le 3 décembre à son maximum, 39°2, pour redescendre bientôt et atteindre le 11 la normale.

Le 2 décembre, séro-diagnostic + au 1/50 Eb. ; le 11, + 1/200 Eb. ; le 14, deux taches rosées sur l'abdomen.

Le 26 décembre, la malade accouche prématurément (huit mois et demi) d'un enfant du sexe masculin, pesant 2 kgs 050, placenta, 420 grs; l'accouchement se passe normalement, mais la période de travail est très courte. Les jours qui suivent, la température qui allait à peine à 37° auparavant, se met à osciller entre 37 et 38°. A part cela, les suites de couches sont normales et la malade sort guérie de l'hôpital le 21 janvier.

Enfant: poids à sa naissance, 2 kgs 050 le 26 décembre ; le 31 décembre, séro-diagnostic + 1/100 Eberth, + 1/50 A. et B.

Sort de l'hôpital pesant 2 kgs 020 le 8 janvier.

Décédé le 16 mars 1926.

OBSERVATION V

B.... R...., 22 ans, enceinte de sept mois; elle entre à l'hôpital le 1er décembre 1925. Depuis quinze jours: fatigue, céphalée, rhino-pharyngite.

Le 1er décembre, facies rouge, yeux larmoyants, inflammation notable du rhino-pharynx, expectoration muco-albumineuse, éblouissements, céphalée, surdité passagère, température 39°6, pouls à 128, assez bien frappé, rate percutable sur un bon travers de doigt, léger tuphos.

Le 2 décembre, hémoculture négative Eb., séro-diagnostic négatif Eb.

Le 3, taches rosées.

Le 4, diarrhée abondante.

Le 5, céphalée, surdité, expectoration muco-purulente, vomissements aqueux, pas d'albumine dans les urines.

Le 7, pouls dicrote.

Le 11, séro-diagnostic + au 1/200 Eb.

La température qui monte le 3 jusque 40°7 et qui, depuis, oscille autour de 39°, commence à baisser légèrement vers le 13, 14 décembre. A ce moment, les oscillations sont plus fortes: le 16, ponction d'un petit abcès de la grande lèvre (Eberth pur dans le pus).

Le 20, nombreuses selles diarrhéiques.

Le 21, incision de l'abcès.

Le 23, vomissements assez fréquents qui diminuent à partir du 27.

Le 2 janvier, prélèvement d'urine aseptique. Résultat de l'examen : nombreuses cellules épithéliales de la vessie et du bassinet, quelques rares cylindres granulo-épithéliaux. Bacille d'Eberth.

Depuis le 25 décembre, la température est tombée aux environs de 37°.

Le 4 janvier, présence d'albumine dans les urines.

Le 7, l'albumine a disparu, la malade s'alimente un peu, la température est au-dessous de 37° ; la rate n'est plus percutable.

Le 13, début du travail ; douleurs siégeant aux lombes et dans le périnée ; la température atteint 39°4 le soir, le pouls est à 120.

Le 14, après un temps d'arrêt, les douleurs reprennent, la température reste tout le jour au-dessus de 39°.

Le 15, accouchement prématuré (huit mois et demi) d'un enfant vivant, d'état général médiocre, de 1 kg. 950, placenta 400 grs, petit, atrophié, sans altérations apparentes. Chute très marquée de la température à 35°7.

Le 16, la température remonte rapidement à 40°4, le pouls à 140, les lochies assez abondantes sont malodorantes ; légère défense de la paroi abdominale.

Le 18 et le 19, la contracture abdominale est plus marquée, œdème inflammatoire des grandes lèvres.

Le 20, la défense abdominale diminue un peu, l'utérus est douloureux à la palpation, les lochies sont fétides et contiennent du streptocoque (prélèvement intra-cervical).

Le 25, tous ces phénomènes s'atténuent, la fièvre (toujours au-dessus de 39° depuis l'accouchement) s'apaise et tombe à 38° le 28 janvier, l'abdomen n'est plus douloureux, l'œdème des grandes lèvres a disparu.

Graduellement, l'état s'améliore, les urines sont plus abondantes, les lochies sont de quantité, de couleur et d'odeur normales, la température atteint la normale le 3 février.

Mais le 5, elle tend à remonter et la malade se plaint d'une

douleur au pli de l'aine ; le membre tout entier est vaguement douloureux, œdème malléolaire.

Du 6 au 10, l'œdème s'accentue et remonte jusqu'à la paroi abdominale. La température d'abord aux environs de 38°5, monte à 39° le 15.

A partir du 10, l'œdème diminue peu à peu.

Le 20 février, température 38°6 le matin, 40°5 le soir ; malaise général, céphalée persistante, lochies disparues. Bientôt la température baisse et la malade reprend le 25 le régime ordinaire.

Ce jour-là, le toucher vaginal montre l'existence d'un point douloureux au niveau du cul de sac latéral droit ; on pense à une collection pelvienne ; on fait des injections vaginales. Dans les jours suivants, réapparition des pertes.

A partir du 27 février, nouvelle élévation progressive de la température avec écartement marqué des températures matinales et vespérales.

On continue les injections vaginales pendant quelques jours, puis la malade passe en chirurgie pour être opérée d'un phlegmon du ligament large dont elle guérit.

Enfant : né le 15 janvier 1926, poids 1 kg. 950 ; séro-diagnostic négatif 1/50 Eb. A. B. Meurt quelques jours après sa naissance.

OBSERVATION VI

C.... J...., 25 ans, enceinte de six mois à son entrée à l'hôpital le 1er décembre 1925. Entre vers le 6 à la maison maternelle.

Le 15 novembre, mal de gorge, toux, anorexie, fatigue ; à partir du 28, selles diarrhéiques brun-jaunâtre.

Le 1er décembre, la malade, amaigrie, a l'aspect fiévreux. Les lèvres sont sèches, la langue saburrale au centre, rouge et humide sur les bords. Pas de vomissements, plus de diarrhée, Douleurs à la déglutition, grosse amygdale droite, picotements laryngés, voix rauque et enrouée. Température 38°5, pouls à 94, assez bien frappé, mais avec quelques extra-systoles. Submatité du sommet gauche, râles de bronchite dans les deux

poumons, expectoration abondante, muqueuse. Urines : un litre et demi, non albumineuses ; reins non palpables.

Séro-diagnostic + au 1/200 Eb.

Le 3 décembre, la température monte à 40°2. Les jours suivants, état analogue. La courbe de température nous montre de grandes oscillations quotidiennes.

Le 5, deux taches rosées ; le 6, taches plus nombreuses ; rate percutable sur un travers de doigt.

Le 9, la rate n'est plus percutable. Submatitié aux deux bases, sans râles de stase ; expectoration purulente abondante. Bacille de Koch : examen négatif.

Le 11, crachats striés de sang vif. Le matin du 11, la température est voisine de 37°, alors que la veille est était de 40°2. Séro-diagnostic + 1/200 Eb.

La température remonte les jours suivants ; grandes oscillations toujours.

Le 14 décembre, la malade paraît moins attentive aux choses extérieures. Toux et expectoration. Vomissements verdâtres. Œdème léger des membres inférieurs. Urine légèrement albumineuse. Mictions plus difficiles et durant plus longtemps qu'auparavant.

Le 16, amélioration des signes pulmonaires.

Le 19, urine non albumineuse, mais rare et foncée.

Le 20, diminution des vomissements verdâtres ; la quantité d'urine est toujours de un demi litre.

Le 24 et les jours suivants, température 39°, oligurie marquée.

Le 28 décembre, accouchement prématuré (sept mois) d'un enfant de 1 kg. 700, placenta 240 grs.

L'accouchement s'est fait par surprise ; la malade ayant rejeté son enfant sous ses draps sans se plaindre, resta la nuit entière, indifférente, sans réclamer aucun soin, avec son enfant entre les cuisses.

Très vite l'état général s'aggrave, le pouls est à 126, le tuphos est très marqué.

La malade meurt le 30 décembre.

Autopsie.

Poumons : congestion assez marquée, sans foyers d'hépatisation.

Cœur normal.

Rate légèrement hypertrophiée : 205 grs, pas de lésions.

Foie : foyers assez étendus de dégénérescence graisseuse, grosse vésicule.

Surrénales normales.

Reins : gauche, congestif ;

droit, uretère dilaté jusqu'à environ 10 cm. du bassinet ; rein augmenté de volume : 195 grs. La surface est parsemée, sur les deux faces, de petits abcès du volume d'une tête d'épingle à un pois ; arborisations vasculaires très marquées. Le rein était adhérent dans sa loge surtout à la partie inférieure. Pas de collection périnéphrétique. La capsule a été assez facilement décortiquée, sauf à la partie inféro-postérieure où les abcès sont particulièrement confluents. A la coupe, parenchyme bourré de petits abcès miliaires, tant corticaux que médullaires.

Utérus : 540 grs. Placenta normalement décollé.

Intestin : congestion des dernières anses grêles et du cæcum.

Enfant : prématuré de sept mois, mort-né, poids 1 kg. 700. Séro-diagnostic + 1/200 Eberth, + 1/50 A. et B.

A l'autopsie, rien de spécial.

OBSERVATION VII

C.... A...., 20 ans, enceinte de huit mois et demi, est amenée d'urgence à l'hôpital le 11 décembre 1925, parce qu'elle a ressenti des douleurs semblables à celles du travail en même temps qu'elle présentait de la fièvre. Pas de vomissements, pas de diarrhée, aucun autre symptôme jusqu'au 15 ; ce jour-là, épistaxis assez abondante, point douloureux sous le mamelon droit, deux, trois taches rosées, la rate est percutable sur trois travers de doigt, une selle diarrhéique ocre. La température est de 39°9, le pouls est bien frappé à 112. Rien de pulmonaire. Les urines sont abondantes, non albumineuses ; mais légère

brûlure à la miction qui est lente. Eblouissements et photophobie.

Le 16, vomissements verdâtres qui persistent les jours suivants.

Le 17, toux.

Le 18, taches rosées plus nombreuses; douleurs abdominales. Malade nerveuse et agitée.

A partir du 22 décembre, la fièvre commence à baisser. Ce jour-là, séro-diagnostic négatif 1/50 Eb., A. et B.

Le 24, la malade a un aspect moins affaibli; elle dit être mieux que les jours précédents.

Le 27, les vomissements se raréfient.

Le 29, la température atteint 37° et s'y maintient les jours suivants. On essaie de prélever de l'urine, on n'y parvient pas à cause de la masse utérine; pas d'albumine.

Le 5 janvier, le pouls est plus plein. La malade commence à se réalimenter.

Le 8 janvier, accouchement normal, à terme, d'un enfant de 1.850 grs, placenta 400 grs. Sang dans le liquide amniotique.

Le 10, la température s'est élevée à 39°.

Le 11, séro-diagnostic + 1/100 Eb., négatif 1/50 A. et B.; 37°3 le matin, 39°2 le soir.

Le 12, 37°3 le matin, 38°4 le soir; la malade se plaint de douleurs abdominales. Points douloureux dans les deux fosses iliaques près du petit bassin. Vomissements aqueux et bilieux.

Le 13 janvier, la température baisse un peu, mais vomissements répétés dès l'ingestion de liquide. Incontinence nocturne des matières fécales.

Le 14, défense plus accusée de la paroi abdominale, la température n'est que de 37°6, mais le pouls est à 120.

Le 16, la température remonte rapidement, le pouls est à 160. Ventre très dur, facies péritonéal, plus de vomissements.

Le 17, 39°7, indifférence, nystagmus et strabisme. La contracture abdominale a disparu presque totalement.

Le 18, conjonctivite, état général très mauvais, pouls incomptable, langue rôtie, facies altéré, pâle et péritonéal. Rai-

deur de la nuque, douleur à l'extension des jambes. Réflexes oculaires supprimés, myosis intense.

Mort à 11 heures du matin.

Autopsie.

Poumons : atélectasie importante.

Cœur : mou.

Péritoine : un peu de liquide dans le Douglas, adhérences dans tout le petit bassin.

Intestin : gros intestin très dilaté par les gaz ; sur le grêle, suffusions hémorragiques légères. Adénopathies mésentériques.

Utérus : phlegmon bilatéral du ligament large, plus important à droite (prélèvement de pus : streptocoque), nombreuses adhérences aux anses intestinales. Utérus flasque et hyperémié. On prélève du pus par raclage de l'utérus : streptocoque hémolytique.

Rein : tissu rénal normal, pas de pus dans le bassinet ; pas de coudure urétérale.

Foie : un peu gros, mais d'aspect normal.

Rate : dimensions et poids moyens.

Enfant : né le 8 janvier 1926 à terme, poids 1 kg. 850, état général médiocre ; séro-diagnostic + 1/100 Eberth, négatif 1/50 A. et B. Il fait une hématurie et meurt le lendemain.

Autopsie.

Hémorragie méningée légère. Hémorragie rénale et surrénalienne droite abondante.

OBSERVATION VIII

D.... J...., 25 ans, a accouché le 26 octobre 1925 d'un enfant bien portant qu'elle a nourri jusqu'au 2 décembre, veille de son entrée à l'hôpital.

Le 30 novembre, fatigue générale, diarrhée.

Hospitalisée le 3 décembre, elle présente ce jour-là une température de 40°2, avec un pouls à 100 ; elle a l'aspect abattu, la langue saburrale au centre, rouge sur les bords, les lèvres

fuligineuses; elle se plaint d'éblouissements; la rate est percutable sur un travers de doigt.

Le 5, les taches rosées apparaissent.

Le 6, gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Le 11, séro-diagnostic + au 1/200 Eb., nég. au 1/50 A. et B.

Du 5 au 15, la température baisse jusqu'aux environs de 38°.

A partir du 17, la malade présente des vomissements et la température remonte pour atteindre 40°4 le 20 et le 21.

Le 19, pour la première fois, albumine dans les urines.

Le 24, râles de bronchite. Les vomissements persistent.

Le 4 janvier, prélèvement d'urine: assez nombreuses cellules épithéliales, rénales et cylindres épithéliaux. Nombreux leucocytes. Bacille d'Eberth.

Bientôt la température baisse lentement, progressivement et cette fois définitivement.

Les vomissements cessent; l'albumine disparaît des urines le 12 janvier et la malade entre en convalescence. Elle sort de l'hôpital le 25 février 1926.

OBSERVATION IX

V.... J...., 27 ans, a accouché à terme le 21 août 1925, d'une petite fille qu'elle a nourrie un mois.

Entre à l'hôpital le 28 décembre avec 39°5 de température. Depuis trois semaines, fatigue, anorexie progressives et céphalée. Le 26, frissons, sueurs, courbature générale avec sensation de fatigue intense, forte céphalée avec larmoiement, bourdonnements d'oreilles, éblouissements.

Le 29, épistaxis, rate percutable sur deux travers de doigt, quelques râles de bronchite à droite. Urines non albumineuses.

Hémoculture + Eberth.

Jusqu'au 4 janvier la température se maintient en plateau aux environs de 40°. A cette date, apparition de taches rosées. Baisse progressive et lente de la température.

Le 19 janvier, la malade tousse et se plaint de douleurs dans

le côté. On entend des frottements nets dans la région moyenne du poumon droit.

Le 23, la toux persiste; on retrouve encore quelques frottements.

Le 29, la température est descendue à 37°.

La malade sort guérie le 12 mars 1926, après qu'un examen radioscopique eut montré l'absence de toute lésion tuberculeuse en évolution.

OBSERVATION X

S.... P...., 28 ans, s'est accouchée le 26 septembre 1925. L'acouchement et les suites de couches furent normales. Elle nourrit son enfant jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital.

Le 7 décembre, ses règles réapparaissent pour la première fois, accompagnées d'un frisson, de céphalée et d'anorexie; elles s'arrêtent au bout d'une journée.

Les jours suivants, nausées; le 9, épistaxis.

Le 10, éblouissements, vertiges, céphalée et anorexie plus marquées.

A son entrée, le 12, langue caractéristique, météorisme abdominal, douleur à la pression dans les fosses iliaques, douleurs et gargouillement spontanés. Quatre selles diarrhéiques ocres. Toux légère, expectoration muqueuse. Pouls à 120, bien frappé, tendant au dicrotisme; urine peu abondante, claire, légèrement albumineuse. Séro-diagnostic négatif au 1/50; pas d'Eberth dans le lait.

Le 14, urine non albumineuse; expectoration purulente.

Le 15, douleurs laryngées spontanées et à la déglutition; à la palpation, douleur au niveau du cartilage thyroïde.

Le 17, un peu de bronchite et quelques râles de stase à la base gauche.

Le 19, une selle diarrhéique sanglante.

Le 23 décembre, le séro-diagnostic est encore négatif au 1/50. Jusqu'à cette date, la température est restée en plateau, mais à partir du 24, elle baisse assez rapidement et, dès le 31 décembre, elle est revenue à la normale.

Le 11 janvier 1926, le séro-diagnostic est + au 1/50 à l'Eberth, négatif à l'A. et au B. Guérison.

OBSERVATION XI

L...., L...., 22 ans, accouchée le 2 novembre 1925, a nourri son enfant jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital, le 3 décembre.

Elle se plaint depuis quelques jours d'une grande fatigue et d'une céphalée tenace.

L'évolution est ici, comme dans l'observation IV, particulièrement calme et la symptomatologie plus fruste encore; la notion d'épidémie est d'un grand secours pour le diagnostic.

La température se maintient au-dessus de 39° du 3 au 9 décembre, puis, dès le 11, elle atteint 37° et oscille entre 37° et 37°5 jusqu'au 1er janvier; à cette date, elle redevient tout à fait normale.

On constate à l'entrée une langue légèrement saburrale, rouge et humide sur les bords; le 9, la rate est percutable sur un travers de doigt; le 12, quelques taches rosées lenticulaires.

Le séro-diagnostic, fait le 11, est négatif au 1/50 Eb.

La malade sort guérie le 11 janvier 1926.

OBSERVATION XII

T.... M...., 26 ans, accouche le 24 octobre 1925, à la maternité, d'un enfant normal à terme qu'elle nourrira jusqu'au jour de son entrée dans le service de médecine.

Le 7 novembre, elle retourne à la maison maternelle.

Dès le 15 novembre, fatigue, éblouissements, céphalée, cauchemars, anorexie et vomissements.

Du 28 novembre au 1er décembre, la céphalée prend un caractère névralgique qui fait larmoyer la malade; diarrhée légère de couleur jaune.

Le 1er décembre, la malade entre à l'hôpital. Céphalée, vomissements. Température 40°4, pouls à 120, bien frappé. Langue

saburrale avec bords et pointe rouges et humides, lèvres fuligineuses. Rate percutable sur deux travers de doigt. Signes de broncho-pneumonie. Urines très foncées, assez abondantes, non albumineuses. Rein non palpable.

Le 3 décembre, apparition de trois taches rosées. La diarrhée persiste.

Le 5, nombreuses taches rosées, tuphos marqué, surdité assez prononcée. La température est de 40°8; le nombre de mouvements respiratoires est de 24 par minute. L'urine est légèrement albumineuse. Gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Le 7, tuphos plus prononcé, surdité, albumine dans les urines.

Du 10 au 14, amélioration légère et progressive; albumine: 0. Le 11, séro-diagnostic négatif.

A partir du 15, la température est fort élevée le soir et avec des rémissions matinales très marquées.

Le 20, légère syncope après un déplacement: tremblements des membres et du corps.

Pendant toute cette période, la quantité d'urine émise par 24 heures est très variable: certains jours, elle est de deux litres un quart, d'autres jours d'un demi litre seulement.

Le 25 décembre, l'état général s'altère. Agitation la nuit.

La température monte et reste presque aussi élevée le matin que le soir.

Le 28 décembre, la température atteint 41°4, le pouls est à 118.

Le 1er janvier, délire, tremblement, la température oscille autour de 40°. Conjonctivite bilatérale.

Le 3, délire, carphologie; incontinence d'urine incomplète, réapparition de l'albumine; la température baisse un peu.

Le 4 janvier, prélèvement d'urines: Eberth +, cylindres +, albumine 2 grammes.

Le 5 janvier, congestion de la base gauche.

Le 7, la température remonte à 39°9; toujours incontinence d'urine incomplète.

Le 9, le pouls, petit et dépressible, est à 130; l'état général est très mauvais.

Le 10 et le 11, l'état de la malade s'aggrave, la prostration

est très marquée, la respiration à rythme inégal; la langue est rôtie et noirâtre.

Le 12, mort dans un état d'asthénie marquée.

Autopsie.

Poumons: broncho-pneumonie aux deux bases, atélectasie aux sommets.

Cœur: pas de myocardite, pas de lésions orificielles.

Foie: dégénérescence graisseuse. Grosse vésicule sans calculs.

Intestin: nombreuses plaques de Peyer ulcérées et hémorragiques. Adhérences aux ganglions mésentériques.

Surrénales normales.

Reins: hydropyonéphrose du rein droit avec élargissement du bassinet et de l'uretère.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ABRAMI (et GRIFFON). Voir GRIFFON.

ACHARD et BENSAUDE. — Fièvre typhoïde chez une nourrice. Agglut. du bac. d'Eberth par le lait. *Bull. et mém. soc. de méd. des Hop. de Paris*, 1896, 3e S., t. XIII, p. 179-181.

ACHARD. — *Bulletin soc. de Biologie*, 6 mars 1897.

BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements, 1909, t. II, 2e édition, p. 11.

BARATTE. — De la fièvre typhoïde dans la grossesse, *Thèse* Paris, 1892.

BAUM. — Pregnancy complicating typhoïd fever; delivery; recovery. *Phila. Polycl.*, 1895.

DE BLASI. — La Gynecologia moderna, 1908, n° 10.

BONNAIRE. — De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la puerpéralité. *Presse méd.*, 17 mars 1894.

BOUVERET (et TRIPIER). Voir TRIPIER.

BOURGEOIS. — De l'influence des maladies de la femme pendant la grossesse, sur l'enfant. *Mém. Acad. de Méd.*, Paris, 1861.

BOYD. — Typhus fever complicating pregnancy. *Ann. Gyn. Phila.* 1891.

BOYD et RONTH. — Case of typh. fever in the ninth month of pregnancy with birth of healthy child. *J. Obst. and Gyn. Brit. Emp.* London, 1903, III, 346.

BRESLAU. — Ein Hall von abd. Typhus im Anfange des Wochenbettes. *Deutsche Klinik.*, Berlin, 1861.

BRIEGER. — Ueber die Complication einiger acuten Krankheiten mit Schwangerschaft. *Charité Annalen*, 1886.

BROUARDEL et GILBERT. — Traité de Médecine, 1903, t. I, p. 759.

BUÉ (et GAULARD). Voir GAULARD.

CADE (et COURMONT). Voir COURMONT.

CARRET. — Diagnostic de la fièvre typhoïde à son début et de son influence sur la grossesse. Paris, 1867.

Castaigne. — *Semaine médicale*, 1897, t. XVII, p. 429.

Cazeaux. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 1884.

Chambon de Monteaux. — Des maladies de la grossesse, 1785.

Chambrelent. — Séro-réaction chez le fœtus. *Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux*, novembre 1896.

— De la fièvre typhoïde pendant la grossesse, son influence sur le fœtus. *J. de méd. de Bordeaux*, 1897.

— Que deviennent les enfants des femmes atteintes de fièvre typhoïde pendant la durée de leur grossesse. *Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, 1903, VI, 312-317.

Chantemesse et Widal. — *Soc. Anat.*, 10 octobre 1886.. *Soc. Méd. des Hop.*, 25 février 1887.

Charcellay. — Fièvre typhoïde chez le nouveau-né. *Archives de médecine*, 1840.

Charpentier. — Traité d'Accouchements, 1883.

Charrier et Appert. — *Bull. de l'Académie de médecine*, t. XXXVI, p. 347, 1896.

— *Soc. Biologie*, septembre 1896.

Charrin. — Influence de la fièvre typhoïde de la mère sur l'évolution des rejetons. *C. R. Soc. de Biol.*, 24 juin 1899.

Chellier (Mme). — Fièvre typhoïde et fièvre puerpérale. *Thèse*, Paris 1894.

Corbin. — Influence de la fièvre typhoïde de la mère sur le fœtus. *Thèse*, Paris, 1890.

Courmont et Cade. — Transmission de la substance agglutinante du bacille d'Eberth par l'allaitement. *Lyon Médical*, 1899 ; *C. R. Société de biologie*, 1899, t. LI, p. 619.

Courmont et Lesieur. — Diagnostic précoce de la fièvre typhoïde. *Soc. méd. des Hôp.*, 5 déc. 1902.

Cummins. — Case of labor..... during typhus. Dublin, 1859.

Daunic (et Mossé). Voir Mossé.

De Bruïne Ploos van Amstel. — Gravidität, febris typhoïdea und appendizitis. *Samml. Klin. Vortr.* Leipzig, 1920, n°s 797, 799. (Chir. n°s 230, 232), 147, 186; *Med. Weckbl. Amst.*, 1917, 18, XXIV, 81, 97, 116, 134, 145.

Devilliers. — Dict. de méd. et de chirurgie pratique. Art. Avortement, t. IV, p. 303.

De Cotret. — Fièvre typhoïde de la grossesse et des suites de couches. *Union médicale du Canada*. Montréal, 1910, XXXIX, p. 136, 150.

Dogliotti. — *Gazzetta Medica di Torino*, 1897, p. 821.

Doléris et Doré. — Influence de l'hyperthermie sur la gestation. *Soc. de biol.*, 21 juillet 1883.

Doré. — De l'influence de la température sur la vie des fœtus. *Arch. de tox.*, 1884.

Ducarre et Cognard. — Fièvre typhoïde chez une secondipare enceinte de huit mois, accouchement prématuré, guérison de la mère, enfant bien portant. *Journal des Sages-Femmes*, Paris, 1894.

Duguyot. — Grossesse et fièvre typhoïde. *Thèse*, Paris, 1879.

Duhaut. — De la fièvre typhoïde pendant la grossesse et de son traitement par les bains froids. *Thèse*, Lyon, 1893.

Eberth. — Geht der typhus auf den Fötus über ? *Fortschr. der med.*, 1er mars 1889, p. 160 et suivantes.

Ernst. — *Ziegler's Beiträge z. path. An.*, VII, 2, p. 188, 1890.

Esclavissat. — Contr. à l'étude des rapports de la grossesse et de la fièvre typhoïde. *Thèse*, Toulouse, 1911.

Etienne. — Absence de la réaction agglutinante par le sang d'un fœtus issu d'une mère morte de fièvre typhoïde hypertoxique. *Presse méd.*, Paris, 1896.

— Formation autonome de substance agglutinante, par l'organisme fœtal, au cours d'une fièvre typhoïde maternelle. *C. R. Soc. de Biol.*, Paris, 1899.

Foulkrod. — Typh. fever occurring during pregnancy. *Brit. gynaec. Journal*, London, 1906, XXII, 3-6.

Fraenkel et Kinderlin. — *Fortsch der Medicin.*, 1889, n° 17.

French (et Hicks). Voir Hicks.

Freund et Lévy. — Ueber intra-uterine Infektion mit Typhus abd. *Berlin Klin. Wochenschr.*, 1895, p. 539.

Gaulard et Bué. — Accidents et maladies des femmes en couches, Paris, 1901.

Gaethgens W. — Münchener Mediz. Wochenschr., n° 6, 1919.

Giglio. — Ueber den Uebergang der mikroskopischen Organismen des Typhus von der Mutter zum Fötus. *Centralbl. fur Gyn.*, Leipzig, 1889.

Gleize. — Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde pendant les suites de couches. *Thèse*, Toulouse, 1904.

Griesinger. — Traité des maladies infectieuses, 1857, (trad. Lemaître, 1877, Paris).

Griffon et Abrami. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 16 nov. 1907, p. 1.117.

Griffon (et Landouzy). Voir Landouzy.

GRIFFITHS. — *Med. News*, 15 mai 1897.

GRISOLLE. — Pathologie interne, 1857.

GÜSSEROW. — Weber Typhus bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen. *Berlin Klin. Wochenschr.*, 1880.

GUYER et SMITH. — *Journal of infections diseases*, 1923, t. XXXIII, p. 498-525.

HICKS et FRENCH. — Typhoïd fever and pregnancy with special reference to foetal infection. *The Lancet*, 83, 1905, I, p. 1.691.

HILDEBRANDT. — Zur Casuistik des placentaren Ueberganges der Typhusbacillen von Mutter auf Kind. *Fortschr. d. med.* Berlin, 1889.

JANISZEWSKI Th. — *Münchener med. Woch.*, 1893 n° 38, p. 705.

KAMINSKY. — Typhus abd. in Wochenbette. *Deutsche Klinik*. 1866.

KANTER A. (Mme). — Fièvre typhoïde et grossesse. *Thèse*, Montpellier, 1902-03.

KELLEY. — Typhoïd fever in pregnancy. *Ann. J. Obst. N. Y.*, 1906, LIII, 529-533.

KINDERLIN (et FRAENKEL). Voir FRAENKEL.

KÖRBER. — Der Typhus abd. München, 1874.

LANDOUZY et GRIFFON. — *C. R. Soc. Biol.*, 6 nov. 1897, p. 950.

LEGENDRE. — Traitement de la fièvre typhoïde chez la femme enceinte puerp. ou nourrice. *Revue pratique d'Obst.*, 1895, p. 54.

LEGRY. — Le foie dans la fièvre typhoïde. *Thèse*, Paris, 1889-90, n° 165.

LEPAGE. — *Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd.*, Paris, 7 juillet 1899.

LÉVY (et FREUND). Voir FREUND.

LIEBERMEISTER. — Fièvre typhoïde et grossesse. *Union médicale*, 1883.

MANZONI. — Autopsie d'un enfant présentant les lésions de la fièvre typhoïde. *Acad. des Sc.*, 1841.

MARFAN. — La fièvre typhoïde congénitale. *Revue prat. d'Obst. et de Pédiatrie*, p. 1, 1895.

MARTINET. — Fièvre typhoïde et grossesse. *Union méd.*, Paris, 1893.

MOLLIÈRE. — *Lyon Médical*, 1888.

MONTGOMERY. — *The Dublin quaterly Journal of med. Sciences*, 1875.

MORSE. — Fetal and infantile typhoïd. *Arch. Pediat. N. Y.*, 1900, XVII, 881-906.

MOSSÉ et DAUNIC. — Séro-réaction du placenta et de l'enfant d'une femme atteinte de fièvre typhoïde pendant la gestation. *Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp.*, Paris, 1897.

— *C. R. Soc. Biol.*, 29 février 1897.

NEUHAUS. — *Berliner Klin Woch*, 1886, n° 23.

PATCH. — American association of genito-urinary Surgeons. Washington, mai 1925.

PENOT. — Fièvre typhoïde et grossesse. *Thèse*, Paris, 1898-99.

PINARD. — Art. fœtus in Dict. Encyclop. des Sciences médicales.

PUECH. — Des rapports de la grossesse avec les maladies intercurrentes. *N. Montpellier Médical*, 1900, 2e S., X p. 705, 737.

QUEIREL. — Leçons de clinique obstétricale. Paris, Steinheil, 1902.

RATLIFF. — Report of a case of typh. fever in pregnancy. *Bull. Lying. in Hosp. N. Y.*, 1917, XI, 142-144.

REHER. — Zur Aetiologie des Abdominaltyphus. *Archiv. für experimentelle Path.*, t. XIX, p. 430, 1885.

REMLINGER. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1889, t. XIII, p. 129.

RONTH (voir BOYD).

ROSENSOHN — A case of typhoïd fever complicating pregnancy. *Bull. Lying. in Hosp. N. Y.*, 1919-1922, XII, 114-116.

RUNGE. — Die Acuten Infektion Krankheiten. *Volkmann's Sammlung*, n° 174.

SACQUIN. — De l'influence réciproque de la fièvre typhoïde et de la grossesse. *Thèse*, Nancy, 1885.

SAVIDAN. — Contrib. à l'étude de l'influence réciproque de la fièvre typhoïde et de la grossesse. *Thèse*, Paris, 1883.

SCHUMACHER. — *Zeitschr. f. Hygiène*, 1901, p. 323.

SICARD (et WIDAL). Voir WIDAL.

SMITH. — A case of typh. fev. complicated by aborption, intestinal hemorragie and perf. of the ileum. *Texas State J. M. Fort Worth*, 1914-15, X, 131.

STAÜBLI. — *Centralbl. f. Bakter.*, XXXIII, 458-461, 1903.

STEIN. — De l'influence de quelques maladies aiguës sur la grossesse et sur l'état puerpéral. *Thèse*, Paris, 1889-1890.

STOLZ. — Nouveau dictionnaire de méd. et de chir. pratique. Art. Grossesse. XVIII, p. 1.873.

STRYCKER. — A case of enteric fever occurring in advanced pregnancy. *Med. News Phila.* 1895.

TRAMPONT. — De la fièvre typhoïde dans ses relations avec la fièvre puerpérale. *Thèse*, Lille, 1903.

TUREWITSCH. — *Centralbl. f. Bakteriologie*, t. XXXIII, n° 1, 1903, p. 76-80.

VINAY. — Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches. 1894.

VINCENT. — Recherches du bacille typhique dans les urines. *Soc. de Biol.*, 14 mars 1903.

WALLICHS. — Zwei Falle von Typhus bei Hochschwangeren. *Monatschr. Frauenkr.* Berlin, 1867.

WEISS. — Fièvre typhoïde et grossesse. *Algem. Med. Zeitung*, 1862.

WIDAL (et CHANTEMESSE). Voir CHANTEMESSE.

WIDAL et SICARD. — Recherches sur l'absorption de la substance agglutineuse typhique par le tube digestif et sur sa transformation par l'allaitement. *C. R. Soc. biol.*, Paris, 1877.

ZUELZER. — Typhus recurrens bei Schwangeren. *Monat. f. Geb.*, 1868.

— Article abdominal typhus. Real. encyclopédie, 1885, 2e édition.

Bon à imprimer :
Le Président de la thèse,
COMBEMALE

Vu :
Le Doyen,
CHARMEIL.

Le Recteur de l'Université,
CHATELET

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Historique	11
Étude clinique	19
Fréquence	19
Influence de la grossesse sur la fièvre typhoïde.	20
Influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse.	25
Pathogénie de l'interruption de la grossesse.	27
Influence réciproque de la fièvre typhoïde et de l'accouchement	29
Influence réciproque de la fièvre typhoïde et des suites de couches	31
Diagnostic	35
Les réactions humorales chez le fœtus et le nouveau-né	39
Pronostic	45
Traitement	47
Conclusions	49
Observations	51
Index bibliographique.	67

Lille – Imprimerie Centrale du Nord